



Deling av praksiskunnskap i tverrfaglege teammøte

HØGSKOLEN I VESTFOLD – Fakultet for helsevitenskap

Master i helsefremmende arbeid

Kandidatens navn: Astrid Marie Kvaal

Måned/årstall: November 2012

Antall ord: 18715

Takk

Takk til alle som deltok i fokusgruppene. Ei særleg takk til teamet som ”slapp meg inn” i sine tverrfaglege møte.

Takk til arbeidsplassen min, Rehabiliteringssenteret AiR, for tilrettelegginga som har gjort det mogeleg å gjennomføre denne masterutdanninga i kombinasjon med arbeidet mitt ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering.

Takk til Linn Saga Jørgenvik for det gode samarbeidet i jobbprosjektet.

Takk til Grete Eide Rønningen for tydeleg og konstruktiv vegleiing under arbeidet med masterprosjektet.

Takk til Ingela Thylefors for at eg fekk omsette og bruke teamtype- og teamklimaindeks.

Takk til min medstudent Sigrun Aa for gjennomlesing av første kapittel og tilbakemeldingar med eit helsefremmande perspektiv.

Takk til gode kolleger for datateknisk og praktisk bistand i innspurten.

Takk til mamma, Henninge Kvaal, for engasjement og interesse for studia mine.

Den største takka fortener dei 3 gutane mine:

Takk til Arild for tålmodigheit i kvardagen, gjennomlesing av oppgåva, og presise tilbakemeldingar, basert på kombinasjonen av praktisk handverksbakgrunn og personlege analytiske evner.

Takk til Hallstein og Magnus for at de har halde ut med meg som studerande mamma så lenge. Vi har alle tvilt på om det var verd det. No er eg ferdig, og håpar at de begge to vil oppleve gleda over kunnskap – ved å tenke sjølve, ved å eksperimentere, ved å å lese, ved å lytte til andre menneske og ved aldri å slutte og stille spørsmål.

Astrid,

Rauland, november 2012.

Samandrag

Bakgrunn: Å reorientere helsesektoren mot ei tverrfagleg og sektor-overgripande tilnærming er i samsvar med sentrale satsingsområde innanfor helsefremmande arbeid. Tverrfagleg teamarbeid er ei anerkjend arbeidsform innan institusjonsbasert arbeidsretta rehabilitering. Det er avgrensa forskning på kunnskapsdeling i tverrfaglege team, særleg i høve til korleis rehabiliteringsteam deler sin praksiskunnskap.

Føremål: Føremålet med denne studien var å utforske korleis taus og eksplisitt praksiskunnskap blir delt, drøfta og lagt til grunn for vurderingar og handlingsval i tverrfaglege rehabiliteringsteam innan institusjonsbasert arbeidsretta rehabilitering.

Metode: Studien har eit kvalitativt design, og består av fokusgrupper med tverrfagleg samansette team (n=4) frå 3 rehabiliteringsinstitusjonar, samt ein feltobservasjon frå eit av teama sine tverrfaglege møte. Spørreskjema blei brukt for å innhente bakgrunnsdata (n=20).

Resultat: Fagpersonane sin tause praksiskunnskap blir artikulert og gjort felles gjennom bruk av metaforar, og ved saman å formulere og reformulere problemstillingar. Taus praksiskunnskap blir anerkjend som relevant, og komplementerer teoribasert fagkunnskap som grunnlag for vurderingar og handlingsval. At teamdeltakarane viser kvarandre anerkjenning, torer å vise seg sårbare, og verdset sine komplementære roller og kompetanse, synest å vere viktige føresetnader for å dele taus og eksplisitt praksiskunnskap. Møtestruktur og teamleiing som legg til rette for at fagpersonane lytter til kvarandre, er også vesentlege element.

Konklusjon: Funna frå denne studien bør få følger for opplæring av nytilsette teamdeltakarar ved at opplæringsprogram baserer seg på modell-læring. Refleksjon over praksis gjennom organisert vegleiing vil kunne styrke tverrfagleg-kunnskap-i-handling. Teammøte synest å vere ei god arbeidsform for å dele artikulerbar praksiskunnskap. Det er derimot ikkje gitt at talet på formelle teammøte er avgjerande. Det kan vere eit klokt grep å vise legerolla særleg merksemd for å skape ei felles forståing for grunnlaget for tenestene, for rollefordeling og maktutøving.

Nøkkelord: Tverrfagleg teamarbeid, taus og eksplisitt praksiskunnskap, institusjonsbasert arbeidsretta rehabilitering.

Innhald

1 Innleiing	7
1.1 Tema og grunngeving.....	7
1.2 Kontekst og setting.....	8
1.3 Avgrensing, presisering og eigen ståstad	9
1.4 Problemstilling	10
1.4.1 Forskarspørsmål	10
2 Kunnskapsstatus og teoretiske perspektiv	11
2.1 Aktuell forskning.....	11
2.2 Ein modell	13
2.3 Kva er kunnskap?	14
2.3.1 Praktisk kunnskap.....	14
2.3.2 Frå taus til eksplisitt kunnskap	15
2.4 Kva er ein profesjon?	16
2.4.1 Den sårbare jurisdiksjonen	17
2.5 Kva er tverrfagleg teamarbeid?	18
2.5.1 Teamtypar.....	18
2.5.2 Anerkjenning og tillit	18
2.4.3 Modellmakt	19
3 Metode.....	21
3.1 Fokusgrupper.....	21
3.2 Utval	22
3.3 Bakgrunnsdata	22
3.4 Epitomkort.....	23
3.5 Feltstudie, observasjon	23
3.6 Gjennomføring	23
3.7 Ethiske vurderingar	25
3.7.1 Å forske blant mine egne.....	26
3.7.2 Er avsløringar helsefremmande?	27
3.7.3 Samtykke og anonymitet	27
3.8 Analyse	27
3.8.1 Dialog som analytisk perspektiv	28
3.8.2 Analyse av fokusgruppene	28
3.9 Metoderefleksjon.....	29

3.9.1 Gyldig?	29
3.9.2 Påliteleg?	30
3.9.3 Overførbart?	31
3.10 Kort sagt	31
4 Empiri.....	32
4.1 Bakgrunnsdata	32
4.2 Observasjon av teammøta.....	33
4.3 Korleis blir fagpersonane sin tause praksiskunnskap artikulert og gjort felles gjennom drøfting i teamet?	34
4.3.1 Bruk av metaforar.....	34
4.3.2 Undring.....	35
4.3.3 Den tause praksiskunnskapen utøvast her og no	36
4.3.4 Taus kunnskap utløyser tvil om kva som er rett handling.....	36
4.4 På kva måte blir taus praksiskunnskap anerkjend som relevant for teamet sine vurderingar?....	37
4.4.1 Taus praksiskunnskap blir anerkjend	37
4.4.2 Praksiskunnskap komplementerer fagkunnskap.....	38
4.4.3 Taus tverrfagleg kunnskap?.....	39
4.5 Kva synest å fremme deling av taus og eksplisitt praksiskunnskap i tverrfaglege rehabiliteringsteam?	40
4.5.1 Å vise kvarandre anerkjenning.....	40
4.5.2 Å verdsette komplementære roller og kompetanse	41
4.5.3 Å stole på kvarandre.....	42
4.5.4 Å vise seg sårbare.....	43
4.5.5 Legen si rolle og posisjon.....	44
4.5.6 Felles haldning og verdiar	45
4.5.7 Teamorganisering og møtestruktur.....	46
4.5.8 Verdien av å reflektere saman	47
4.6 Kort sagt	49
5 Drøfting	50
5.1 Bruk av metaforar.....	50
5.2 Taus tverrfagleg kunnskap?.....	51
5.3 Kamp om modellmakt?	52
5.4 Utfordring av jurisdiksjonen.....	53
5.5 Tvil, risiko og tillit.....	54
5.6 Kjønnsperspektivet.....	55

5.7 Å tilrettelegge for refleksjon	55
5.8 Teamleing.....	56
6 Avsluttande kommentarar	58
Referansar.....	60
Vedlegg	68

1 Innleiing

1.1 Tema og grunngjeving

Profesjonane er gitt eit samfunnsoppdrag som i seg sjølv gjer profesjonsutøving til eit relevant tema for alle. Som samfunnsborgarar er vi både potensielle brukarar/pasientar/ klientar og vi er i fellesskap, som samfunn, profesjonane sin oppdragsgjevar (Christoffersen 2005). Kva kunnskap profesjonsutøvarane tillegg vekt er avgjerande for kva helse-og rehabiliteringstenester som blir utøvd.

Arbeidsretta rehabilitering hevder å ha eit heilheitleg helseperspektiv som grunnlag. Dette samsvarer med teori grunnlaget for helsefremmande arbeid, slik det blei stadfesta under WHO sin første internasjonale konferanse i helsefremmande arbeid i Ottawa i 1986: *Helsefremming* er prosessen som set menneske i stand til å få auka kontroll over, og å forbetre si eiga helse. Helse blir sett som ein ressurs som gjer det mogeleg å oppnå trivsel og velvere i dagleglivet (WHO1986; WHO 2010).

Som helsevesenet ellers har rehabiliteringsfeltet tradisjonelt bygd på eit sjukdomssyn meir enn på eit helsesyn. Det sjukdomsførebyggjande, patogene perspektivet har fokus på å hindre eller redusere ei uønska utvikling. Fagpersonar blir sett på som ekspertar. I eit helsefremmande, salutogent perspektiv er derimot fokuset å styrke meistringsevne og livskvalitet (Antonovsky 1991). Det salutogene perspektivet tilhøyrer ingen spesifikk profesjon, men er grunnleggjande sett interdisiplinært. Legeprofesjonen er derimot rådande innanfor det patogene paradigmet. Dette har også hatt sterk påverknad på andre helsefag, som t.d. fysioterapi og sjukepleie.

Difor er også eit av dei fem innsatsområda i Ottawacharteret å reorientere helsesektoren frå behandling til førebygging og helsefremming. Tilnærminga er tverrfagleg og sektorovergripande. Teamarbeid, rollefordeling, kommunikasjon, kritisk refleksjon, brukarperspektiv og anerkjenning av andre helsearbeidarar sine bidrag, er sentrale element (WHO 2010).

På nasjonalt nivå aktualiserer Samhandlingsreforma tverrfagleg samarbeid som ein eigna arbeidsmåte for helsepersonell. Føremålet er å oppnå ei heilheitleg behandlingsskjede, kontinuitet for brukarar av tenestene og betre utnytting av personalressursane (Helse og omsorgsdepartementet 2012).

Det synest i stor grad å bli tatt for gitt at den tverrfaglege arbeidsmåten skaper ein synergieffekt av den samla kunnskapen som fagpersonane tek inn i teamet, og at denne

synergieffekten så og seie skapast av seg sjølv (Reeves et al 2010). Større innsikt i korleis kunnskapsdelinga faktisk føregår og kva kunnskap som blir tillagt vekt, kan bidra til å avdekke innsatsområde som kan styrke det tverrfaglege samarbeidet og dermed kvaliteten på tenestene.

1.2 Kontekst og setting

Arbeidsretta rehabilitering (ARR) er ikkje eintydig definert korkje nasjonalt eller internasjonalt. Innan den norske spesialisthelsetenesta brukast følgande definisjon. Den bygger på definisjonen av rehabilitering frå Stortingsmelding 21 ” Ansvar og meistring” (Helse og omsorgsdepartementet 1998-99):

”Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i arbeidslivet”

(Fagrådet for AiR- Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering 2011,s5)

Brukarar av slik rehabilitering er personar i yrkesaktiv alder, som pga. sjukdom eller funksjonshemming ikkje har kome inn i, eller har falt heilt eller delvis ut av arbeidslivet.

Fordi vegen inn i eller tilbake til arbeid kan vere uklar, oppgåva er kompleks og implementering av tiltaksplanar krev samarbeid med andre, arbeider fagpersonane saman i team. Samarbeid og samhandling *innad og mellom* helsetenester, arbeidsplass og Nav blir vektlagt. Teammøtet er ei sentral arbeidsform.

Fagroller som lege, psykolog, (psykiatrisk) sjukepleiar, (psykomotorisk) fysioterapeut, ergoterapeut, idrettsfagutdanna og arbeidskonsulentar er typisk representert i fagteam. Fagpersonane har ulike særfaglege oppgåver: Leiing av fysiske aktivitetar i gymsal og ute i naturen, grupper basert på psykomotorisk fysioterapi eller basal kroppskunnskap, medisinsk vurdering og vegleiande og rådgivande samtalar individuelt og i grupper. Telefonkontakt med arbeidsplass, Nav, fastlege og andre, er i tillegg til arbeidsplassbesøk, viktige tverrsektorielle oppgåver for rehabiliteringsteama (Fagrådet for AiR- Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering 2011).

Som eg seinare vil utdjupe, består utvalet til dette prosjektet av 4 tverrfagleg samansette team, ved 3 ulike rehabiliteringsinstitusjonar. Settingstilnærminga er sentral innan helsefremmande arbeid (Poland et al 2000), og settinga i dette prosjektet er det einskilte tverrfaglege teamet.

Det er altså 4 ulike settingar i mitt masterprosjekt. Kwart team er del av ein større kontekst. Arbeidsorganisasjonen, som gjerne består av fleire team, er påverka av tilhøve på makronivå, t.d. politiske føringar og marknadskrefter. Dette samsvarer med eit økologisk settingsperspektiv (Bronfenbrenner 1979; Dooris 2006).

1.3 Avgrensing, presisering og eigen ståstad

Innanfor evidensrørsla, som på norsk kallast for *kunnskapsbasert praksis*, blir brukarkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskingsbasert kunnskap illustrert i ein modell med 3 sirkclar (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2012). Sirklane i denne modellen er jamnstore. Likevel blir det utøvd eit kunnskapshierarki, der randomiserte, kontrollerte studie er høgast rangert, den erfaringsbaserte kunnskapen har låg status, og brukarkunnskapen har liten plass (Grimen 2009, Martinsen og Boge 2004). På tilsvarande vis blir yrke som er basert på empirisk kunnskap, plassert nedst i yrkeshierarkiet (Erichsen 1996). Avspeglar dette seg i dei tverrfaglege rehabiliteringsteama sine møte? Kva kunnskap blir delt her?

Kardinalprisnippet i helsefremmande arbeid er *empowerment*; det som fører til at nokon får auka kontroll over tilhøve, som direkte eller indirekte, påverker deira helse (Laverack 2004; Tones and Green 2004). Brukarperspektivet er difor eit viktig premiss for helsefremmande arbeid. Det inngår likevel ikkje i mitt valde fokusområde. Eg har valt kunnskapsdelinga mellom dei profesjonelle deltakarane i det tverrfaglege teamet, som tema for dette prosjektet.

Mi forforståing er prega av eiga praksiserfaring som sjukepleiar i norsk helsevesen sidan 1989, inkludert 10 år i tverrfagleg team innan institusjonsbasert arbeidsretta rehabilitering:

Å anerkjenne, artikulere og dele den praktiske kunnskapen er etter mitt syn avgjerande for god profesjonsutøving i eit tverrfagleg samarbeid. Eg er difor oppteken av kva plass erfaringsbasert praksiskunnskap har i det tverrfaglege teamarbeidet. Som eg snart skal utdjupe, kan den erfaringsbaserte praksiskunnskapen vere både taus og eksplisitt.

Av pragmatiske grunnar vel eg å avgrense mitt undersøkingsområde til teamet sine formelle møte, altså der dei *snakker* om sin kunnskap. Det inneber at eg utelukker direkte tilgang til dei situasjonane der fagpersonane arbeider saman på praktiske måtar. Det kan vere i leiing av samtalegrupper, i fysiske aktivitetar eller i felles samtale med brukar/deltakar/pasient; altså der dei *utøver* sin kunnskap.

I mi noverande stilling, som prosjektmedarbeidar ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, kan eg ta eit steg til sida og observere dette praksisfeltet med noko meir

distanse. Som masterstudent vil eg forsøke å sjå på eit kjend felt med nye auge; med eit forskarblikk.

På denne bakgrunn; med helsefremmande arbeid som teoretisk perspektiv, arbeidsretta rehabilitering som ståstad og eiga praksiserfaring som bagasje, har eg difor valt følgande problemstilling som førande for mitt masterprosjekt:

1.4 Problemstilling

Korleis blir praksiskunnskap delt, og gjennom fagpersonane sine drøftingar, lagt til grunn for handlingsval i tverrfaglege rehabiliteringsteam?

1.4.1 Forskarspørsmål

For å gjere problemstillinga meir målbar og handterleg, har eg brote den ned til desse tre underspørsmåla:

- *Korleis blir fagpersonane sin tause praksiskunnskap artikulert og gjort felles i teamet?*
- *På kva måte blir taus praksiskunnskap anerkjend som relevant for teamet sine vurderingar?*
- *Kva synest å fremme deling av taus og eksplisitt praksiskunnskap i tverrfaglege rehabiliteringsteam?*

Litteraturstudie og søk etter relevante forskingsresultat har utvikla desse forskarspørsmåla, og forankra dei teoretisk.

2 Kunnskapsstatus og teoretiske perspektiv

I dette kapittelet vil eg gjere greie for resultata av litteratursøket som utgjer forarbeidet til mi eiga empiriske undersøking. Først vil eg presentere aktuelle forskingsfunn. Eg vil så utdjupe nokon teoretiske perspektiv, der eg begynner med forståinga av kunnskap med vektlegging av praktisk og taus kunnskapsutøving. Profesjonsomgrepet, inkludert jurisdiksjon og tverrprofesjonelt teamarbeid, er det andre hovudperspektivet. Herunder vil eg også omtale anerkjenning og tillit som fremmande faktorar, og utøving av modellmakt som ein potensiell hemmande faktor for tverrfagleg samarbeid.

2.1 Aktuell forskning

Eg har gjort søk i følgande databaser: ISI Web of Science, SveMed, PubMed, AMED, Cinahl, British Nursing Index og PsychInfo. Desse søkeorda er brukt i ulike kombinasjonar:

Multidisciplinary, interprofessional, interdisciplinary, teamwork, team, communication, rehabilitation, health, tacit knowledge, explicit knowledge, professional development, decision –making og discretion. Dei empiriske artiklane er i all hovudsak henta frå fagfellelevurderte tidsskrift. Eg har også brukt litteratur eg kjenner frå arbeidet mitt, frå tidlegare studie/utdanning og frå referanselister, for å leite meg fram til relevante artiklar, rapportar og fagbøker. Eg gjorde ingen tidsavgrensing i søka mine, noko som ikkje skapte utfordringar, då søkerresultata var avgrensa.

Eg har valt å utelate forskingsstudie om tverrfagleg teamarbeid som ikkje er relatert til helse, og støtter meg her til Reeves et al (2010). Dei meiner at sjølv om det er interessante idèar å hente frå teamarbeid utanfor helse-og sosialektoren, er desse bidraga av avgrensa verdi, fordi tverrfagleg helsearbeid er så mykje meir komplekst. Eg kan her ha gått glipp av relevant forskning frå andre fagfelt. Eg har derimot inkludert nokon fagartiklar om *taus kunnskap*, henta frå økonomiske fag.

Talet på treff, mellom 40-90 på det meste, gjorde det overkommeleg å sile først overskrifter, så samandrag og så velge ut artiklar for gjennomlesing.

Eg har funne støtte for at det er behov for forskning på tverrfaglege intervensjonar. Dei fleste forskingsfunna omhandlar relasjonelle og prosessuelle sider ved teamarbeidet (profesjonell makt, hierarki, sosialisering, teamsamansetting, teamroller og teamprosessar). Eg har funne få studie som skildrer korleis rehabiliteringsteamet deler sin kunnskap og ingen om deling av praksiskunnskap .

Litteratursøket tydeleggjer eit forskingsfelt i som i løpet av dei siste par tiår, har vore prega av behovet for å klargjere definisjonar og eintydig bruk av omgrep. *Multidisciplinary*, *interdisciplinary* og *interprofessional* blir brukt om kvarandre, ofte i same artikkel med mangelfulle eller manglande definisjonar. Forskarar stadfester dette forvirrande inntrykket (D'Amour & Oandasan 2005; Reeves et al 2010; Schofield & Amodeo 1999; Thylefors, Persson & Hellström 2005; Xyrichis & Lowton 2008; Xyrichis & Ream 2008). Som Zwarenstein et al (2009) påpeiker, vil det pga. den uryddige bruken av terminologi i mange studie, vere naudsynt å analysere undertitlar og vidare tekst grundig. Eg vel som dei, å bruke omgrepa slik dei er brukt i dei artiklane som eg refererer til.

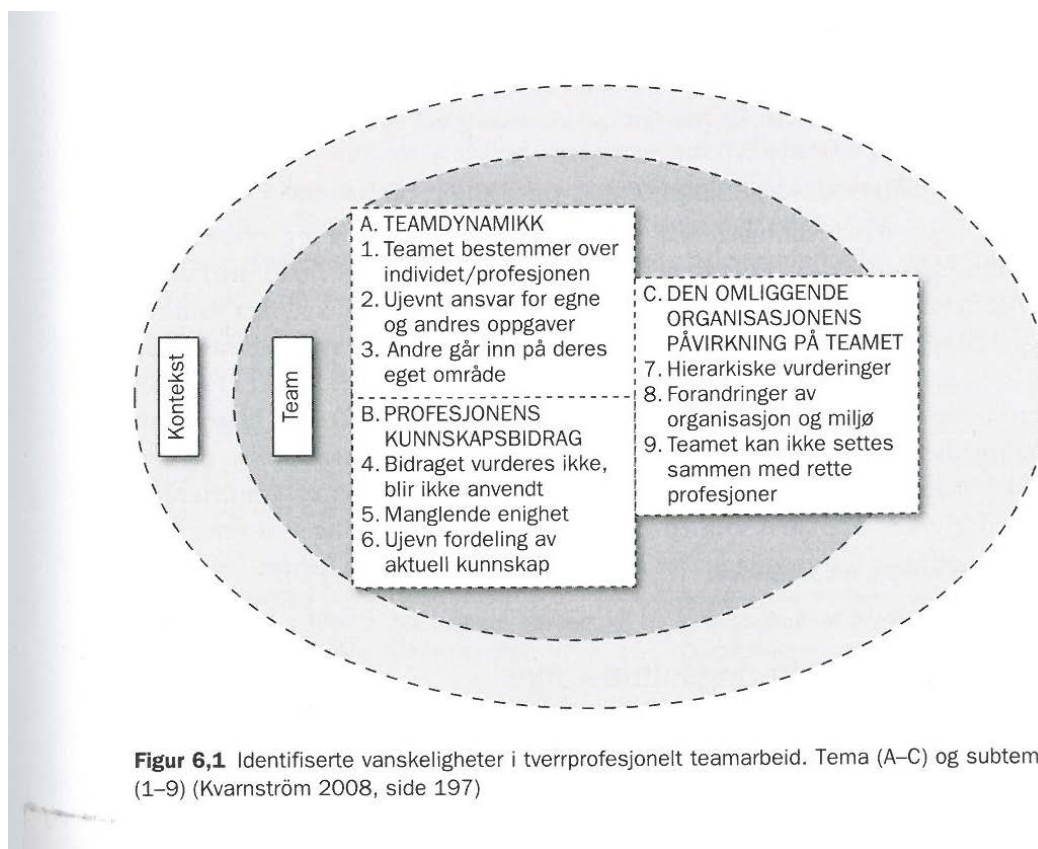
I sine studie fann Kvarnström (2011) m.a. at utfordringar i teamsamarbeidet oppstod når teammedlemene framstod som representantar for eigen profesjon, og når grensene til andre profesjonar sine domene blei overskridne. At kunnskapsbidrag frå eigen profesjon ikkje blei møtt med interesse, og at informasjon ikkje blei gjort tilgjengeleg for alle i teamet, blei også opplevd som vanskeleg. Organisasjonsfaktorar utanfor teamet sin kontroll, som endringar i teamstorleik og teamsamansetting, påverka også samarbeidet negativt. Resultata samsvarer med Brown et al (2011), som viser korleis teammedlemer ikkje alltid verdset, forstår eller respekterer kvarandre sine roller og kunnskapsbidrag.

Ulik status i eit profesjonshierarki kan også påverke korvidt og korleis kunnskap blir tatt i bruk (Brown et al 2011; Kvarnström 2011). Hall (2005) skildrer profesjonelle kulturar som barrierar, der kvar helseprofesjon arbeider i sin eigen "silo". Ho dreg fram legar si særlege utfordring med å dele på ansvar og leiarskap i interprofesjonelle team, oppretthalde av andre profesjonar sine forventningar. Ho hevder at sjukepleiarar og sosialarbeidarar gjerne verdset pasienten si historie høgare, og legg mindre vekt på objektive data. Andre studie har også fokus på maktrelasjonen mellom lege- og sjukepleieprofesjonen, der m.a. sjukepleiefaget sitt kunnskapsgrunnlag i mindre grad blei lagt til grunn enn det medisinskfaglege (Coombs 2003). Gair & Hartery (2001) fann derimot mindre medisinskfagleg dominans enn venta. Dei forklarar dette m.a. med teamet si uttrykte verdsetting av delt kunnskap, og høg grad av tillit som ein føresetnad for også å kunne vere ueinige. Leiarstrategiar og individuell handtering, som open kommunikasjon og vilje til å vere audmjuk, var viktige bidrag til konfliktløysing. Jakobsson et al (2002) fann ved observasjonar av multiprofesjonelle ARR-team organisert på tvers av sektorar, at alle profesjonane hadde lik påverking på drøftingane i teamet. Legane dominerte ikkje.

Delva et al (2008) løfter fram eit anna moment knytt til teamroller, nemleg kor klare grensene for teamet er. Nokon av deltakarane i deira fokusgrupper var usikre på i kva grad dei faktisk tilhørde teamet.

2.2 Ein modell

Kvarnström (2008) gir eit oversiktleg bilete av det tverrfaglege teamarbeidet sin kompleksitet. Trass i at hennar studie identifiserer vanskar i det tverrfaglege samarbeidet, viser hennar modell korleis kontekstuelle faktorar både kan fremme og hemme teamet sitt ”indre liv”. Modellen høver godt saman med den økologiske settingsforståinga, der den indre sirkelen representerer teamet på mikronivå, og den ytre sirkelen illustrerer meso-og makronivået (Bronfenbrenner 1979).



Figur 6,1 Identifiserte vanskeligheter i tverrprofesjonelt teamarbeid. Tema (A–C) og subtema (1–9) (Kvarnström 2008, side 197)

Modell 1

(Kvarnström 2009, s93)

Mi valde problemstilling høyrer primært heime i boks B, *profesjonane sine kunnskapsbidrag*. Undertema frå boks A, *teamdynamikk* og boks C, *organisasjonen si påverking på teamet*, vil også kunne vere relevante for å svare på mine forskarspørsmål.

2.3 Kva er kunnskap?

Eg vel å forstå omgrepet *kunnskap* som eit fenomen som kan artikuleraast, men ikkje alltid med ord. Kunnskap kan lærast, også gjennom handling, og er overførbart mellom menneske, men ikkje alltid gjennom beskrivingar. Kunnskap er kritisert. Både teoretisk og praktisk kunnskap innfrir desse kriteria (Nortvedt & Grimen 2004).

2.3.1 Praktisk kunnskap

Med referanse til Ryle, beskriv Nortvedt og Grimen (2004) praktisk kunnskap, som kunnskap om korleis ein gjer noko; *knowing how*, i motsetnad til kunnskap om kva noko er; *knowing that*. Praktisk kunnskap er kroppsleggjort, og kan utøvast utan å seie noko, men ikkje utan at kroppen handler (Grimen 2008; Kinsella 2007; Molander 1996). Difor brukte også Polanyi (1967), som introduserte omgrepet *taus kunnskap*, oftast verbforma *tacit knowing*. Polanyi var m.a. inspirert av gestaltpsykologi og korleis vår persepsjon blir organisert i heilheiter, mønster og strukturar (Grensjo 2003).

I sitt daglege arbeid utøver den kompetente praktisk sin viten, erfaring og intuisjon, samstundes med at handlinga utførast. Schön (2001) kaller dette for *refleksjon-i-handling*. Å sette ord på handlinga i det den utførast, og ved det artikulere bakgrunnen, *kan* vere dysfunksjonelt for handlinga. Schön presiserer at refleksjon-i-handling er ein reflekterande dialog med situasjonen, der det *å tenke* og det *å gjere* er komplementære ferdigheiter. I motsetnad til den teoretiske kunnskapen, kan den praktiske kunnskapen ikkje lausrivast frå kunnskapsberaren og brukssituasjonane. Dette er praksiskunnskapen sin *indeksikalitet*.

Vår vestlege tenking har vore dominert av Platon si forståing av kunnskap som begrunna og sanne oppfatningar i form av påstandskunnskap, *episteme*. Praksiskunnskapen, slik den kjem til uttrykk gjennom dugleik og fortruleg omgang med omverda, bryt med dette kunnskapsidealet. Praktisk handlingskompetanse inneber å utøve godt skjønn, dvs å "sjå" og handle moralsk rett i konkrete situasjonar, basert på kritisk refleksjon over eigen praksis og kontekst. Aristoteles kalla dette for *techne* og *phronesis* (Grimen 2008).

Ein profesjonell praksisutøvar kan sjåast som ein forskar i ei her-og-no undersøking, der ho/han gjennomfører ei kartlegging av den aktuelle situasjonen sine kjennteikn, basert på tidlegare erfaringar og metodar. Ei slik teknisk problemløysingstilnærming er i følge Schön (2001) ufullstendig. Han hevder at den tekniske rasjonaliteten sitt fokus på problemløysing overser det viktige ved problemformuleringa. I dei unike tilfella i den praktiske røyndomen er

det arbeidet med å sette namn på og definere, som skaper dei naudsynnte føresetnadane for å utøve ekspertise.

Den kompetente praktikaren utfører i tillegg den kunstferdige prosessen det er å handtere unike situasjonar, prega av tvil og ustabilitet. Ved å vere open for oppdagingar som ikkje stemmer med den opprinnelege problemstillinga, set praktikaren problema i nytt perspektiv. Schön (2001) kaller dette for praksiskunst. Praksisutøvar sin viten blir gjennom erfaring, meir og meir taus, spontan og automatisert. Dreyfus & Dreyfus (1986) skildrer dette som ein stegvis læringsprosess, frå *novise* til *avansert nybegynnar*, *kompetent* og *kyndig* utøvar til *ekspert* på eit fagfelt. Prosessen frå novise til ekspert, inneber å utvikle eit godt skjønn (Martinsen 2005; Dreyfus & Dreyfus 2009).

Slik spesialisering har ei slagside. Praktikaren står i fare for å generalisere sine eigne einskild-erfaringar til andre liknande situasjonar, og kan difor bli mindre merksam på dei fenomena som ikkje passer inn i sine kunnskapskategoriar (Nortvedt & Grimen 2004; Askheim 2012). Skjønnsutøving kan difor sjåast som eit demokratisk problem, fordi profesjonelle blir gitt ei skjønnsmakt som overprøver velferdssamfunnet sine politiske avgjerder (Eriksen 2001; Molander, Grimen & Eriksen 2012).

2.3.2 Frå taus til eksplisitt kunnskap

Praktisk eller erfaringsbasert kunnskap omfatter både taus og eksplisitt kunnskap. Den eksplisitte kunnskapen eksisterer i ei anna form enn den oppstod i, og kan formidlast utover dei rammene den oppstod innanfor. Ved å gjere denne kunnskapen tilgjengeleg for andre enn dei personane som er involvert i situasjonane der den erfaringsbaserte kunnskapen oppstod, kan også organisasjonen dra nytte av denne kunnskapen. Ein del av praksiskunnskapen kan ikkje ordsettast, og vil berre kunne synleggjerast gjennom praktikarane sine handlingar (Halvorsen 2009).

Nonaka et al (1998; 2000) tek utgangspunkt i japansk filosofi og kunnskapstradisjon, og hevder at denne i større grad enn den vestlege tradisjonen, anerkjenner den tause kunnskapen. Dei viser til japanske industribedrifter, der ny kunnskap skapast i ein dynamisk prosess mellom individ, gruppe og organisasjon: Taus kunnskap overførast mellom individa ved at dei viser kvarandre kva dei gjer. Ved å gjerast eksplisitt kombinerast den tause kunnskapen med annan eksplisitt kunnskap, for så igjen å bli gjort taus i ny handling (Haldin-Herrgård 2004; Nonaka & Konno 1998).

Haldin-Herrgård (2004) hevder at Nonaka et al (2000) bruker omgrepa taus og eksplisitt kunnskap, som om det er snakk om ulike kunnskapsformer. Med referanse til Polanyi vel ho isfjellet som metafor, for å vise at det er ulike deler av same kunnskap. Den eksplisitte, verbaliserte kunnskapen utgjør toppen av isfjellet, medan den tause, uartikulerte, ubevisste kunnskapen, er skjult under vassflata. Djupast nede er den kunnskapen som det ikkje er mogeleg å kode eller artikulere med ord. Nortvedt og Grimen (2004) meiner at heller enn å snakke om typer av kunnskap, er det rettare å seie at indeksering er eit gradsspørsmål.

2.4 Kva er ein profesjon?

Profesjon i ei klassisk forståing, inneber monopol på ei bestemt yrkesutøving, utløyst gjennom ei langvarig, formell og akademisk utdanning, basert på eit vitskapleg fag. Lege, jurist, psykolog og prest er typiske døme (Christoffersen 2005). Profesjonsforskinga var lenge basert på å studere utvalde profesjonar som desse, og unngjekk dermed problemet med å definere *profesjon*. Omgrepet *semiprofesjon* oppstod mot slutten av 1960-talet for å karakterisere yrke som lærar, sjukepleiar og sosioarbeidar, som halvvegs hadde oppnådd å bli sett på som profesjonar. Særtrekk ved desse yrka var at dei som regel var underlagt eit byråkrati, og difor mindre sjølvstyrde (Fauske 2008). I takt med framveksten av stadig fleire yrkesgrupper som innfrir deler av desse krava, er grensene mellom profesjon og semi-profesjon viska ut. Dei klassiske kriteria har likevel sett standard ved at dei nye yrkesgruppene styrker og forlenger utdanningskrava og etablerer vitskaplege institusjonar. Fleire yrkesgrupper enn før krev monopol på yrkesutøving i kraft av si utdanning (Christoffersen 2005).

Abbott definerer profesjonar som

”...exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases.”

(Abbott 1988, s.8)

Han grunngeir denne vage formuleringa med sin teori om at profesjonar utvikler seg i relasjon til kvarandre. Relasjonane blir bestemt av måten yrkesgruppene kontrollerer sine kunnskapar og ferdigheiter på. Slik kontroll kan utøvast både gjennom måten yrket utøvast på, og gjennom abstrakt kunnskap. Berre eit kunnskapssystem basert på abstraksjonar kan redefinere problem og oppgåver, og utvikle nye problemstillingar. Abstraksjonar gjer det difor mogeleg å overleve i det konkurrerande profesjonssystemet. Overlevinga kjem an på om abstraksjonen er effektiv nok til å konkurrere i ein bestemt historisk og sosial samanheng.

Abbott vel ein teori om profesjonell *kunnskap-i-bruk*, nettopp fordi han erkjenner at profesjonelt arbeid er utøving av praksis.

Freidson (2001) meiner også at det er umogeleg å definere profesjon uavhengig av kontekst. Han beskriv ein profesjon som eit yrke organisert slik at medlemene ikkje kjem under arbeidsgivar sin kontroll, når det gjeld korleis arbeidet skal utførast. Derimot er det profesjonane sjølve som må garantere for at kvaliteten på det profesjonelle arbeidet blir oppretthalde. Profesjonane si særstilling er såleis ikkje primært bestemt av kjenneteikn ved yrket, men av måten yrka blir organisert på i samfunnet, gjennom autorisasjonar og yrkesmonopol. Freidson utfordrer den rådande forståinga av profesjonane som ivaretarar av fellesskapet sitt beste (Freidson 2001; Fauske 2008).

2.4.1 Den sårbare jurisdiksjonen

Jurisdiksjonen inneber at yrket har myndigheit eller kompetanse i juridisk forstand, til å utføre ei bestemt oppgave. Krava til jurisdiksjonen er tredelt: Krav på å klassifisere, som t.d. å stille diagnose, å årsaksforklare og å handle, som t.d. å behandle. Dette er også dei tre dimensjonane som profesjonell praksis består av. Makt over akademisk kunnskap styrker ein profesjon si evne til å behalde jurisdiksjonen. Kvar profesjon er bunden til eit sett oppgåver med band til jurisdiksjonen, men sidan ingen av desse banda er absolutte danner profesjonane eit interaktivt system, som inneber at einkvar profesjon er sårbar for endring av sine viktige oppgåver. Ifølge Abbott (1988) er det dei perifere områda tilhøyrande ein profesjon, som er mest sårbare for å bli overtekne av andre. ”Utmattingsstilstander”, ”krenkingserfaringar” og ”emosjonelle vanskar” kan vere relevante døme frå arbeidsretta rehabilitering, på slike svakt haldne profesjonsområde. Dess meir spesialisert ei behandling blir, dess sterkare kan ein profesjon behalde kontrollen over fenomenet. Arbeidsplassen som arena for å gjere krav på jurisdiksjonen, skil seg frå den jurisdiksjonen som er offisielt og juridisk etablert. Innanfor ein arbeidsorganisasjon blir arbeidsdelinga forhandla fram gjennom spesifikke situasjonar. Dersom ein profesjonsutøvar er lite kompetent kan ein annan, trass i mangel på formell kvalifisering, måtte utføre vedkomande sine oppgåver.

Dette skjer særleg ved underbemanning, og inneber i praksis ei kunnskapsoverføring, der dei dyktigaste underordna kan overgå sine overordna i nær relaterte profesjonar. Denne forma for arbeidstilpassing blir gjerne kritisert for mangel på teoretisk utdanning. Abbott hevder at dette er ein fiksjon, fordi teoreisk utdanning i den dominerande profesjonen ofte er irrelevant for praksis (Abbott 1988).

2.5 Kva er tverrfagleg teamarbeid?

Tverrfagleg teamarbeid involverer ulike helse-og/eller sosialfaglege profesjonar, som deler teamidentitet og samarbeider nært på ein integrert og uavhengig måte, for å løyse problem og levere tenester (Reeves et al 2010).

Lauvås og Lauvås (2004) drøfter omgrepet *tverrfagleg samarbeid* med utgangspunkt i eit sosialpsykologisk, eit profesjonsteoretisk, eit kunnskapssosiologisk og eit organisasjonsperspektiv. Reeves et al (2010) føreslår eit sosiologisk grunna rammeverk for interprofesjonelt teamarbeid basert på desse 4 domena: Det relasjonelle, det prosessuelle, det organisasjonsmessige og det kontekstuelle. Alle tydeleggjer kor komplekst og samansett teamarbeid er, ein kompleksitet som bli stadfesta av andre forskarar (Martín-Rodríguez et al 2005; Stacey et al 2010; Xyrichis & Lowton 2008).

2.5.1 Teamtypar

Thylefors et al (2005) føreslår å bruke tverrfagleg (*crossprofessional*) som eit samleomgrep for ei arbeidsorganisering, der personar frå ulike disiplinar (dei bruker ikkje ordet profesjon her) arbeider i eit team, mot eit felles mål. På bakgrunn av ei spørreundersøking blant 206 medlemmer av 30 team, m.a. innan arbeidsretta rehabilitering, har dei utvikla ein teamtypeindeks og eit spørreskjema, basert på 6 dimensjonar: Rollespesialisering, oppgåvespesialisering, koordinering, leiarskap, grad av avhengigheit mellom roller, og grad av avhengigheit mellom oppgåver.

Låg indeks skår indikerer *multiprofesjonalitet*, der fagpersonane samarbeider parallelt eller sekvensielt, uavhengig av kvarandre og berre deler informasjon seg i mellom. Dette krev koordinering. Det *interprofesjonelle teamarbeidet* (middels skår) skildrast som eit produkt som utgjer meir enn summen av delane. Berre gjennom felles innsats og avhengig av dei andre sine bidrag, kan ein utøve gode tenester. Det *transprofesjonelle* teamet (høg skår) deler derimot oppgåver på tvers av eigne profesjonelle roller. Både Thylefors et al (2005) og Reeves et al (2010) advarer mot å idealisere dei integrerte formene for teamarbeid.

2.5.2 Anerkjening og tillit

Ottawacharteret legg vekt på støttande miljø som ein viktig strategi for helsefremmande arbeid (WHO 1986). På arbeidsplassen er meningsfulle oppgåver med delegert ansvar, myndiggjering gjennom kontroll over eige arbeid, tydeleg og støttande leiing og tilbake-

meldingar frå kolleger, kjenneteikn på dette. Det tverrfaglege samarbeidet fordrer ei anerkjenning av kunnskapsberaren (Olesen 2009). For å samarbeide på tvers av profesjonelle grenser må fagpersonane vere villige til å sjå utover egne interesser, og om naudsynt gi opp deler av sine revir. Gjensidig tillit er då ein føresetnad (Axelsson and Axelsson 2009; Brataas & Haugan 2009).

Nortvedt og Grimen (2004) slår fast at det ikkje er semje om kva *tillit* er. Det er likevel ei vanleg forståing at den som gir tillit gjer seg sjølv sårbar. Å stole på nokon er å ta ein sjanse som inneber sjølvutlevering. Dessutan bidreg tillit til at kompleksitet blir lettare å handtere.

I teamet blir eigen fagkompetanse synleggjort, kanskje også avslørt. Deltaking involverer ikkje berre den fagrolla som bringast inn i teamet, men også personleg stil, evner og preferansar. Innad i teamet føregår det forhandlingar både om saksinnhald, som vi alltid er klar over, og relasjonar, som vi ikkje alltid er klar over. Det vil oppstå situasjonar der relasjonane blir det primære og saka det sekundære (Axelson & Thylefors 2005; Lauvås & Lauvås 2004).

Den tause yrkeskunnskapen set grenser for kva fagpersonane vel å dra inn i teammøtet. Å dele erfaringar, reflektere over kunnskapsgrunnlag og rasjonalitetsformer, det Schön kallar *refleksjon-over-handling*, er difor vesentleg, både som læring og kvalitetssikring (Schön 2001).

Likskap mellom praksisutøvarane gjer kommunikasjonen om dette mogeleg og lett. Ulikskap gjer slik kommunikasjon naudsynt og vanskeleg (Lauvås & Lauvås 2004).

2.4.3 Modellmakt

Den tverrfaglege arbeidsforma fordrer ei ordsetting av fagpersonen si eiga livsverd.

Kommunikative handlingar mogeleggjør deling av informasjon, fortolkingar, meiningsdanningar, verdiar og forslag om tiltak (Grimen 2008; Habermas 1999). Makt til å definere kva som er rett kunnskap gir makt til å avgjere kva som er rett handling eller behandling, og kva yrkesgruppe som skal utføre denne (Pettersen & Simonsen 2010). Sosiale posisjonar, t.d. i kraft av det yrkesmonopol som profesjonen legitimerer (Christoffersen 2005), gir makt til språket. Språk kan også brukast for å tilsløre makt og ulikskap, slik at ”krafta i det betre argument” ikkje alltid vinn fram (Aakvaag 2008).

Modellmakt rår når eit saksområde blir definert på den modellmektige, t.d. den dominante profesjon eller kunnskapsparadigme sine premiss, og andre perspektiv blir utelukka. Ved at

dei andre aktørane innordner seg dette, blir det som ikkje passer inn i den dominerande modellen oversett eller definert bort (Bråten 1981,1983,2004).

Makt er kjerna i omgrepet *empowerment* og inneber både faktisk makt og opplevinga av å inneha makt. Det motsette av empowerment er maktesløyse. Å omsette empowerment til praksis, kan medføre at nokon må vere villig til å avgi makt til fordel for andre. Denne forma for *makt over* utgjer ein nullsum: Mi makt over deg og ditt makttap som følge av dette.

Makt kan også bli forstått som ikkje-null-sum; som eit verkemiddel og ikkje som eit mål. I eit vellukka, brukarintegrert, tverrfagleg samarbeid vil ein slik alternativ måte å tenke om makt på, kunne føre til ein synergieffekt som utgjer meir enn summen av dei einskilde sine bidrag. Makt kan slik forstått berre utøvast, ikkje eigast (Askheim & Starrin 2007; Laverack 2004; Stang 2003; Thorogood 2002; Tones & Green 2004).

3 Metode

Parallelt med masterprosjektet mitt er eg medarbeidar i eit prosjekt ved Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering (sjå www.arbeidoghelse.no). Prosjektet, som er leia av min kollega Linn Saga Jørgenvik, har følgande problemstilling:

Kva erfaringar og refleksjonar har tverrfaglege ARR-team frå sitt arbeid med brukarar med krenkingserfaringar?

Målsettinga er å kartlegge fagpersonar sin praksis og erfaringar for å få tilgang til deira kunnskap og identifisere kompetansebehov, dilemma og utfordringar. Utgangspunktet er forskingsbasert kunnskap, som viser samanhengar mellom opplevde grensekrenkingar og mental og somatisk sjukdom, funksjons- og arbeidsevne (Chartier et al 2010; Lanius et al 2010). Krenkingserfaringar kan vere vanskeleg å definere, då same hending kan fortolkast ulikt av ulike individ. Nokon typer krenkingar som fysisk, mental eller emosjonell mishandling, seksuelt misbruk og/eller annan omsorgssvikt, må likevel sjåast som generelt skadelege. Slike erfaringar kroppsleggjerast og kan lagrast som ordlause minne, og komme til uttrykk i form av smerter og andre symptom (Kirkengen 2009).

Opplevde krenkingserfaringar er eit tema som ikkje ”tilhøyrer” ei bestemt faggruppe. Dei tause følgene av slike erfaringar kan også sjåast som ein parallell til fagpersonane sin tause kunnskap. Eit av forskningsspørsmåla i dette prosjektet tilsvarar i nokon grad problemstillinga for mitt masterprosjekt:

- *Kva kunnskapar og ferdigheiter blir delt, anerkjend som relevant og lagt til grunn for handlingsval?*

Eg har difor valt å bruke deler av dette datamaterialet i masterprosjektet. I tankekartet i vedlegg 1 viser eg korleis dei to parallelle prosjekta heng saman og skil seg frå kvarandre.

3.1 Fokusgrupper

Fokusgruppe blei valt som metode fordi vi var interessert i dei tverrfaglege teama sine erfaringar, meiningar, målsettingar og utfordringar. Sidan desse teama arbeider saman og har daglege eller vekentlege teammøte, var det eit naturleg val å intervju kvar av teama saman som gruppe. Gruppesamspelet kan bringe fram ulike perspektiv og fleire spontane innspel enn ved individuelle intervju. Ved å dele praksiserfaringar, får gruppa høve til å uttrykke meiningar som ellers er tause og blir tatt for gitt. Data blir produsert gjennom samhandling i gruppa. Metoden er difor eigna til å skildre grupper sin praksis og fortolkingar (Halkier 2010;

Kvale & Brinkmann 2009; Morgan & Krueger 1993; Seal et al 1998). Teamet sine kvardagslege samtalemønster, på godt og vondt, kan avspegle seg i eit fokusgruppeintervju. Ei gruppe endrer seg likevel når det kjem ein eller to nye personar inn i gruppa, t.d. oss som moderatorar (Bang & Heap 2002). Tilsvarande vil samhandlinga i gruppa endrast når nokon er fråverande, t.d. ved sjukdomsfråfall, noko som var tilfelle i nokon av fokusgruppene. Forskaren vil ved bruk av fokusgruppa, anten *presentere eit tema* og studere korleis dette blir forhandla om, argumentert for og utforska, eller *oppdage eit tema* gjennom diskusjonane i fokusgruppene om eit relatert emne (Marková et al 2007).

3.2 Utval

Utvalet til fokusgruppene i jobbprosjektet, var basert på ei liste (pr september 2011) over institusjonar som har avtale med eit helseføretak om arbeidsretta rehabilitering (www.arbeidoghelse.no). Inklusjonskriteria var team der 3 eller fleire fagpersonar samarbeider, og tilbyr eit rehabiliteringsprogram på minimum 3 veker, og som har teammøtet som ei sentral arbeidsform. Vi sende førespurnad via e-post til direktør og/eller leiar av ARR-team til 14 institusjonar. Av desse fekk vi positivt svar frå 12.

I første kontakt med institusjonane, i form av e-post adressert til direktør og/eller leiar ARR-team, stilte vi spørsmål om kva faggrupper som var representerte i det tverrfaglege teamet, og kor ofte og kor jamnleg teamet hadde formelle tverrfaglege møte. Vi spurde også om brukar/deltakar tok del i teama sine tverrfaglege møte. Det var ikkje praksis i nokon av teama.

Av dei 12 teama som ønskte å vere med, valde vi så ut 5 team ved 5 ulike rehabiliteringsinstitusjonar i Sør-Norge. Utvalet blei gjort dels av pragamtiske grunnar som reiseveg og geografi. Vi ønskte også representasjon av både dag-og døgninstitusjonar, og eit mangfald med omsyn til teamstorleik og fagroller.

3.3 Bakgrunnsdata

Kvarnström (2011) argumenterer for å bruke Thylefors sin teamtypeindeks, for å innhente bakgrunnsdata som verdifull informasjon for analyse. Eg har oversett dei to spørreskjema, teamtypeindeks og teamklimaindeks, frå engelsk/svensk i samråd med Ingela Thylefors gjennom dialog via e-post. Dette er altså ikkje ei autorisert oversetting. Vi etterspurde også kjønn, utdanning/ yrkesbakgrunn og ansiennitet.

3.4 Epitomkort

På bakgrunn av forskningslitteratur og individuelle intervju med ekspertar frå ulike profesjonar som utøver taus kunnskap av kognitiv, praktisk, sosial eller sensorisk art, identifiserte Haldin–Herrgård (2004) 99 uttrykk eller *epitom* for taus kunnskap. Ho har så utvikla ein intervju-metode som bidreg til å gi praksiskunnskapen eit språk, ved å erstatte tradisjonelle forskar-spørsmål med kort med epitom. Dette er abstrakte ord som t.d *innsikt*, *magekjensle* og *intuisjon*. Metoden bidreg til at intervjupersonane i større grad definerer si eiga fortelling, og intervjuaren si forforståing får mindre plass i intervjusituasjonen.

3.5 Feltstudie, observasjon

For å få ei djupare forståing av den kunnskapdelinga som føregår, og for i størst mogeleg grad å frigjere meg frå mi eiga forforståing, ønskte eg å delta i eit av teama sine tverrfaglege møte gjennom eit 4-vekers rehabiliteringsprogram. Eg ville inneha ei rolle som observatør, og ikkje delta i teamet sine drøftingar (Fangen 2004; Wadel 1991). Ei slik metodetriangulering gir større breidde og djubde til datamaterialet (Hummelvoll & Severinsson 2001; 2002; 2005; Kvale & Brinkmann 2009).

3.6 Gjennomføring

Alle fokusgruppene blei gjennomførde på teama sine respektive institusjonar/arbeidsplassar. Tre av fokusgruppene i masterprosjektet mitt er eit utval av dei fem som min kollega og eg gjennomførde hausten 2011 og vinteren 2012. Alle deltakarane hadde i forkant fått skriftleg informasjon om prosjektet, som inkluderte at materialet også ville bli nytta i mitt masterprosjekt (vedlegg nr 2).

Vi utarbeidde saman ein intervjuguide (vedlegg nr 3a). Intervjua starta med at vi ba deltakarane om å fylle ut eit ark med ufullstendige setningar (vedlegg nr 3b). Vi inviterte så til refleksjon for å komme fram til ei felles forståing av omgrepet *krenkingserfaringar*. På denne måten sikra vi at samtalen ikkje var basert på mistydingar omkring dette omgrepet, og fekk innleiingsvis fram nyansar i forståinga av dette. Eg var førstemoderator i alle dei fem fokusgruppene. Min kollega stilde oppfølgande spørsmål undervegs i samtalen, og følgde med på at alle tema i intervjuguiden blei snakka om i løpet av fokusgruppeintervjuet.

Sidan praksiskunnskapen er indeksert til kunnskapsberar og brukssituasjon (Nortvedt & Grimen 2004), etterspurde vi konkrete døme for å få fram praksisfortellingar (Kvale & Brinkmann 2009). I eit av oppfølgingsspørsmåla brukte vi bevisst eit epitom for taus kunnskap: ”Kva var *magekjensla* di i denne situasjonen?” (Haldin-Herrgård 2004). Som avslutting

på fokusgruppene, ba vi deltakarane om å fylle ut spørreskjema for å innhente bakgrunnsdata (vedlegg nr 4).

Gruppesamtalane blei tatt opp på lydband, og ordrett transkribert av min kollega og ein annan medarbeidar. Sjølv las eg korrektur samstundes med at eg lytta til lydfilene. Umiddelbart etter fokusgruppene noterte vi ned ikkje-verbale inntrykk, som vi delte (Widerberg 2001). Det er i ettertid interessant å registrere korleis slike inntrykk ikkje er synlege i den transkriberte teksten.

For å kunne følge refleksjonsprosessen i eit team over tid, ønskte eg primært å gjere ein observasjonsstudie og eit nytt fokusgruppeintervju med eit av teama som vi først hadde intervjuet, altså gjennomføre ei fleirstegsfokusgruppe (Hummelvoll 2002). Eg gjorde difor ein formell førespurnad til teamleiar og administrativ leiar i form av ein e-post. Eg presiserte at eg i dette intervjuet ønskte å ha fokus på kunnskapsdeling i teamet sine formelle møte, og at det sjølvstøtt var frivillig for team-medlemene å delta. Eg fekk også komme på eit teammøte for å orientere om masterprosjektet sitt føremål og dele ut informasjonsskriv (vedlegg nr 5a). Ein av teamdeltakarane ønskte ikkje å delta vidare i studien. Difor gjekk førespurnaden til eit anna team ved same institusjon. Alle i dette teamet sa ja til at eg fekk delta som observatør i teamet sine møte i løpet av eit rehabiliteringsopphald, og til sjølvstøtt å delta i eit fokusgruppeintervju i etterkant av observasjonsperioden (vedlegg nr 5b).

Eg fekk vite at legen i teamet ville vere fråverande på det aktuelle tidspunktet for gjennomføring av fokusgruppa. For i det heile å få gjennomført prosjektet til normert tid, gjorde eg difor eit pragmatisk val. Trass i at eg ser legeprofesjonen som særleg interessant i det tverrfaglege samarbeidet, valde eg å gjennomføre fokusgruppa utan at legen deltok.

Observasjonsperioden, som bestod av mi deltaking i 6 teammøte, blei gjennomført i april/mai 2012. Undervegs gjorde eg skriftlege notat, der eg brukte fargekodar for å skille mellom reine beskrivingar, eigne teoretiske refleksjonar inkludert byrjande tolkingar og metodologiske inntrykk, som eigne opplevingar og sjølvinstruksjonar (Fangen 2004). I vedlegg 6 viser eg konkret korleis eg gjorde dette. Identifiserbare eller sensitive opplysningar om brukar/deltakar blei ikkje notert. Legen var med på alle desse møta, og fylde også ut spørreskjema om bakgrunnsdata.

I etterkant av observasjonsperioden inviterte eg teamet til å delta i eit fokusgruppeintervju om tverrfagleg kunnskapsdeling. Dette blei gjennomført i juni 2012. Etter erfaringane med fokusgruppene i jobbprosjektet, der vi brukte ein semistrukturert intervjuguide, ville eg spisse fokus

mot teamet sin tause praksiskunnskap i den siste fokusgruppa. Då eg ønskte å snakke med heile teamet samstundes, ville det ta for lang tid å gjere som Haldin-Herrgård; la informantane sjølv velge blant alle dei 99 epitomkorta. Difor ba eg 5 fagpersonar frå andre team (fysioterapeut, arbeidskonsulent, idrettspedagog, sjukepleiar og lege) om kvar for seg å rangere dei 99 epitoma i høve til opplevd relevans for sitt arbeid. På bakgrunn av deira utval, mi eiga erfaring frå tverrfagleg rehabiliteringsteam, fokusgruppene i jobb-prosjektet og observasjon frå teamet sine møte, valde eg ut 17 epitomkort. Då eg utarbeidde malen for den siste fokusgruppa (vedlegg nr 7) prioriterte eg 9 av desse og hadde dei 8 andre som mogelege oppfølgingskort.

Eg innleia dette fokusgruppeintervjuet med å gi teamet ei tilbakemelding frå mine observasjonar i teammøta deira. Denne tilbakemeldinga samsvarer med oppsummeringa av observasjonane mine, som framstilt i kap 4.1.

Samtalen fortsatte ved at eg la det første epitomkortet (*intuisjon/intuitiv kunnskap*) på bordet mellom oss og stilte desse spørsmåla:

Kva betyr (epitomet) for dykk og arbeidet i teamet?

Kor viktig er (epitomet) for sluttresultatet av teamet sitt arbeid?

Desse to spørsmåla gjentok eg kvar gong eg la eit nytt epitomkort på bordet. Teamet introduserte spontant fleire av epitoma som eg hadde med i intervjumalen. Når det hende, valde eg berre å legge epitomkortet på bordet, synleg for alle. Det blei ikkje tid til å bruke alle korta, dvs. alle epitoma frå intervjumalen. Dei som faktisk blei brukt i samtalen, var desse:

Intuisjon/ intuitiv kunnskap, (livs-)erfaring, delte verdiar, å ane/å fornemme, menneskekunnskap, sunn fornuft og etterpåklokskap.

I denne siste fokusgruppa var eg åleine som moderator, og erfarte då kor utfordrande og energikrevande det er å følge med på både samspelet i gruppa og det tematiske innhaldet i samtalen. Også denne gruppesamtalen blei tatt opp på lydband. Eg transkriberte dette sjølv.

3.7 Etiske vurderingar

Jobbprosjektet, som ikkje innebar innhenting av sensitive personopplysningar, blei etter råd frå NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS) meld til Datatilsynet, då min arbeidsorganisasjon ikkje har avtale med NSD. Eg melde masterprosjektet som eit sjølvstendig prosjekt til NSD, som har avtale med Høgskolen i Vestfold (vedlegg nr 8).

Informasjonsskriv er send som vedlegg i e-post til direktør og fagleg ansvarleg ved institusjonane, med førespurnad om deltaking og med oppmoding om å vidareformidle dette til

aktuelle teammedlemer. I informasjonsskrivet blei det presisert at data ville bli aidentifisert under utskrift av lydbåndopptaka, slik at korkje personar eller institusjonar kan gjenkjennast. Ved prosjektet si avslutting vil lydopptaka bli sletta (Kvale & Brinkmann 2009). I samråd med arbeidsgivar og forskarkolleger, blei det ikkje vurdert som naudsynt å innhente skriftleg samtykke frå kvar einskild teammedlem før fokusgruppene i jobbprosjektet.

I samband med observasjonen og fokusgruppa av det siste teamet, valde eg likevel å innhente skriftleg samtykke frå alle deltakarane (vedlegg 5b). Teammøta omhandler helseopplysingar og vurderingar om brukar/deltakar/pasient. Slike opplysingar er ikkje relevante for prosjektet, og blei ikkje registrert i feltnotat eller i transkriberte fokusgruppeintervju. Som tilsett ved same institusjon, har eg underskrive teieerklæring, slik institusjonen har faste rutinar for, og kunne difor delta som observatør i teammøta.

3.7.1 Å forske blant mine egne

Feltstudien i form av observasjon av teammøta, måtte av praktiske grunnar gjerast innan min eigen arbeidsorganisasjon. Ved å forske på det kjende, kunne mine egne erfaringar komme til å stenge for det overraskande. Var det mine egne historier og tause kunnskap eg gjenfortalde? Det er lett å bli heimeblind. Ein som kjem utanfrå kan lettare oppdage det underforståtte; å avsløre det som nesten alle veit. På den andre sida kunne det at eg er fortruleg med kulturen, kjenner språkbruk og organisasjonen si historie, gi innsikt og innpass (Halvorsen 2009; Leer-Salvesen 2009; Paulgaard 1997; Simonsen 2009; Tønsberg 2009).

Ved observasjon av egne kolleger er det også ein fare for å bli sjølvsensurerande, og avgrense bort kritisk eller avslørande analyse. Personfaktorar kan ha stor påverknad på korleis eit teamsamarbeid fungerer. For ikkje å henge ut einskildpersonar og for å halde mitt løfte om konfidensialitet, har eg likevel valt å utelate informasjon som kan oppfattast som negativ for den einskilde (Kristiansen & Krogstrup 1999; Repstad 2004).

Eg førestiller meg at deltakarane i fokusgruppene kan ha oppfatta meg ulikt. Nokon såg meg nok som ein kollega, som sjukepleiar og som tidlegare medlem i tverrfagleg team. I kraft av å vere tilsett ved Nasjonalt Kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering, kan eg også ha blitt oppfatta som ein ekspert eller kanskje som ein vegleiar eller kritikal. Sjølv ønskte eg å bli sett på som ein masterstudent og lærling i forskarfaget, ei delrolle som det er mindre truleg at mine kolleger umiddelbart såg meg i. Fordi vi samhandler med delroller, inntek og speler ut ulike roller i eit stadig skifte i den aktuelle situasjonen, kan vi ikkje utan vidare vite kven som til ei kvar tid samhandler med kven. Eg kan ikkje unngå å ha ein innverknad i kraft av mine

roller, og må difor vurdere kva informantane si vurdering av meg, har å seie for kva data eg får (Fangen 2004; Kristiansen & Krogstrup 1999; Wadel 1991).

3.7.2 Er avsløringar helsefremmande?

Å oppleve seg vellukka er ein viktig faktor for vår identitet som yrkesutøvar. Forskarblikket er grunnleggande kritisk og kan difor vere potensielt sårande. Med eiga praksiserfaring som referanse, er det ikkje vanskeleg for meg å forstå at praktikarane må gjere handlingsval som ikkje alltid er optimale. Den nest beste løysinga er i mange tilfelle god nok. Å bli utsett for kritisk gransking kan også opplevast som ei anerkjenning av at arbeidet er viktig. Resultatet av forskarnærveret kan i beste fall bidra til nye perspektiv og ny forståing av eiga praktiske verksemd (Hummelvoll 2010; Solvoll & Sagen 2010).

Som Ausland og Vinje (2010) påpeiker, er det likevel ikkje gitt at all dialog er helsefremmande. Dersom eg har lykkast i å skape ei tillitsfull atmosfære i fokusgruppene, har deltakarane kunna kome til å avsløre meir enn dei ønsker og er tent med. Det kan vere gode grunnar for at ein arbeidstakar ikkje utan vidare ønsker å dele eit tema med kolleger. Det er ikkje gitt at ei fokusgruppe fører til at gruppa lærer saman, slik at samhandlinga innad i teamet blir meir helsefremmande (Ausland & Vinje 2010).

3.7.3 Samtykke og anonymitet

Etiske vurderingar over det å forske på mine egne, er eit viktig moment i denne oppgåva. Det vil difor vere mogeleg å resonnerer seg fram til namnet på institusjonen der observasjonsstudien er gjennomført, utan at det blir brukt namn på korkje institusjon, personar eller team i oppgåva. For ikkje å love meir anonymitet enn eg kan halde, har eg difor klargjort dette ovanfor deltakarane i teamet som lot meg delta i teammøta deira (Repstad 2004).

3.8 Analyse

Som nybegynnar i forskarfaget, har eg hatt behov for å velge ei systematisk analyse-tilnærming. Med ønske om å ivareta både den dialogiske kompleksiteten frå fokusgruppediskusjonane og innhaldet i samtalan, har eg valt ei analyseform som kombinerer dialogisme, som i ei fotnote blir kalla ”dialogisk diskursanalyse” (Marková et al 2007), med innhaldsanalyse (Graneheim & Lundman 2003; Malterud 2003). Eg har også hatt nytte av interaksjonsperspektivet frå konversasjonsanalyse, der fokus er på samtalesekvensane, og korleis deltakarane skifter på å snakke, *å ta tur* (ten Have 2007).

3.8.1 Dialog som analytisk perspektiv

Marková et al ser på gruppeeffektar som ein naturleg følge av å velge fokusgruppe som metode. Idéar og tankar endrer og utvikler seg gjennom samtalen. Nokon tema blir reformulerte og andre blir borte undervegs. Forfattarane er difor kritiske til tradisjonell innhaldsanalyse som dei meiner gir innhaldet i gruppesamtalen ei statisk og mekanisk tyding, og reduserer den kompleksiteten som verbal kommunikasjon i grupper inneber. Fokusgrupper er som andre diskusjonar, dels basert på eksplisitte element, dels på implisitte forforståingar. Slike forforståingar er ofte relasjonelle kategoriar i form av motsetningspar som er gjensidig avhengige av kvarandre, som er etablert gjennom dialog, og som blir tatt for gitt utan å bli uttrykt eksplisitt. *Proto-themata* er dei mest grunnleggande relasjonelle kategoriane, som t.d. mannleg/kvinneleg og lik/ulik. Når slike underliggende premiss blir problematisert og eksplisitt formulert i ein samtale, blir dei omgjort til *themata*. Deltakarane i samtalen snakker ikkje lenger *frå* dei, men *om* dei (Marková et al 2007).

Ved bruk av fokusgruppe som metode er det 3 nivå å ta omsyn til: Indvidet, gruppa og interaksjonen i gruppa (Duggleby et al 2005). Når deltakarane i fokusgruppa sjølve begynner å stille kvarandre spørsmål, er dei i ferd med å bearbeide tidlegare kunnskap gjennom samtalen i gruppa. Å gi uttrykk for usemje kan vere ein del av læringsprosessen, ved at deltakarane utfordrer kvarandre, forsvare eigne argument og modifierer synspunkta sine. Sjølv om dei kognitive prosessane føregår individuelt, er kunnskaps-bearbeinga eit resultat av interaksjonen i gruppa. Difor er det like interessant å spørre *Kva er det dei prøver å lære?* som *Kva er det dei snakkar om?* (Wibeck et al 2007).

3.8.2 Analyse av fokusgruppene

Eg las gjennom den transkriberte teksten, og begynte med å identifisere *episodar* ved å legge merke til korleis eit samtaleemne blei introdusert, følgt opp (respons og deltakarane sine felles forhandlingar om meining) og avslutta (dalande respons, pause, latter, småprat). Eg markerte opning av kvar episode med ein merknad i den transkriberte teksten, og gav dei ein ”merkelapp” (vedlegg nr 9), som sjølv sagt er mi subjektive fortolking (Marková et al 2007). Det var vanskelegare å sjå kor eit emne blei lukka. Det seier gjerne noko om dialogen i teama; teamdeltakarane spelte ofte inn nye emne. Intervjuspørsmåla skapte sjølv sagt også brot i samtalen.

Eg forsøkte å bruke same merknad på episodar som handla om omlag det same innhaldet, altså ei begynnande kategorisering. Framgangsmåten kan altså dels seiast å vere induktiv og

empiristyrte (Elo & Kyngäs 2008; Malterud 2003). Å numrere episodane viste seg å vere nyttig for seinare å finne tilbake i mitt realtivt store datamateriale. Eg laga så ei liste over emne for kvar av dei transkriberte fokugruppeintervjua. Deretter gjennomgjekk eg kvar emneliste for å sjå etter gjentakande emne (Marková et al 2007).

Det eg syntest å oppnå, var at det blei lett å gå tilbake for evt å sjekke korleis dialogen om dette emnet oppstod, kven som introduserte emnet, kva respons det fekk, om det var einigheit om det osv. Eg såg også at både emne som gjeld krenkande erfaringar (jobbprosjektet) og kunnskapsdeling i tverrfagleg team (masterprosjektet), naturleg stod fram i dei første intervjua. For å få oversikt over den delen av datamaterialet som eg ønskte å ta med vidare i masteroppgåva, las eg på nytt gjennom kvart transkriberte intervju. Eg laga så ei matrise der eg sette inn episodane (med numrering) som meiningsberande einingar, utarbeidde ei kondensert beskriving av kvar eining og abstraherte desse til kodar (vedlegg nr 10) (Graneheim & Lundman 2003). Transkripsjonen av den siste fokusgruppa blei gjort på tilsvarende måte. Kodane (med episodenumrering) blei så kategorisert i hovud- og underkategoriar, som eg brukte som grunnlag for å komme fram til 3 hovudtema (vedlegg nr 11). Desse vil eg presentere i kapittel 4. Sjølv om analyseprosessen tek utgangspunkt i den transkriberte teksten, er mine val av kategoriar, subkategoriar og endeleg kondensering av tema, prega av eksisterande teori om praksiskunnskap og om tverrfagleg samarbeid, slik det framkjem i kapittel 2. Mi analyse må difor i hovudsak karakteriserast som deduktiv og teoristyrte (Elo & Kyngäs 2008; Malterud 2003).

3.9 Metoderefleksjon

Eg vel her å bruke omgrepa *gyldig* og *påliteleg* som alternativ til *validitet* og *reliabilitet*, som har sitt opphav frå kvantitativ forskning. Ved å beskrive dei ulike stadia i prosessen på ein detaljert måte, håper eg å ha gjort lesaren i stand til å vurdere kvaliteten av mitt forskingsprosjekt, og til sjølv å avgjere korvidt mine funn er pålitelege og gyldige (Halkier 2010; Kvale & Brinkmann 2009; Malterud 2003; Smith et al 2009).

3.9.1 Gyldig?

Ved mitt val av teorigrunnlag og drøfting av funn opp mot dette, vil eg forsøke å vise at resultata mine er truverdige. Dette inneber ikkje at dei er dei *einaste* resultata som kan vere gyldige (Postholm 2005). Mitt subjektive utgangspunkt, som eg innleiingsvis i denne oppgåva har presentert (sjå 1.3), har påverka mine val undervegs i prosessen. Med dette håper eg at andre lettare kan vurdere mitt tolkingsgrunnlag.

Det kan stillast spørsmål ved mitt val av forskingsdesign, då det berre er eit av teama som blir gitt høve til å reflektere over temaet ”deling av praksiskunnskap i tverrfagleg team”. Sjølv om dei tre andre teama er informerte om og har samtykka i bruken av intervjumaterialet (sjå vedlegg 4), så er det deira refleksjonar over møte med brukarar med krenkingserfaringar, som er tema for desse samtalane. Det er difor relevant å spørre om funna frå dei første fokusgruppene verkeleg gir svar på mine forskningsspørsmål (Malterud 2003). Som eg har argumentert for innleiingsvis i dette kapittelet, meiner eg at erfaringar som fagpersonane har i møte med brukarar med krenkingserfaring, gir gode døme på korleis dei bruker sin praksiskunnskap.

Dei fire teama varierer dessutan i storleik og samansetting (sjå vedlegg nr 12). Det var også fråfall som førde til at ikkje alle teammedlemmer var representert i alle samtalane (sjå vedlegg 12). Datamaterialet er difor prega av både dei som deltok og dei som ikkje var tilstades.

3.9.2 Påliteleg?

For å ivareta teamdeltakarane sine stemmer, har eg valt å bruke relativt mange sitat i presentasjon av empiri (Elo & Kyngäs; 2008. Smith et al 2009). Eg hadde ambisjonar om å vere tru mot det dialogiske aspektet ved fokusgruppemetoden også i analysen. For å synleggjere erfaringsutvekslinga og dynamikken i gruppesamtalane, ønskte eg difor i utgangspunktet å gjengi kven av fagpersonane som sa kva. Av omsyn til deltakarane sin anonymitet, har eg i stor grad gått bort frå dette. Når eg likevel refererer til profesjon/yrke nokon gonger, er det fordi eg meiner det er særleg relevant for tolkinga av det som blir sagt. Dels difor, dels fordi eg som novise i forskarfaget trengde ei systematisk analyseform, ser eg at eg har endt opp med ei analyse som ligg nærare opp til tradisjonell innhaldsanalyse enn til dialogisme.

Eg har ved fleire høve undervegs i masterprosjektet bedt deltakarar og andre praksisutøvarar komme med tilbakemeldingar, både for å gyldiggjere tekstval og for å sikre ivaretaking av integritet og konfidensialitet (Fangen 2010; Hummelvoll 2010; Kvale & Brinkmann 2009). Siste fokusgruppe innleidde eg med å fortelle teamet kva eg hadde lagt merke til under observasjon av teamet sine møte, og eg gav dei høve til å kommentere dette. Fem praktistar som arbeider i tverrfaglege rehabiliteringsteam, bidrog i utvelging av epitom til intervjumalen for denne gruppesamtalen. Dei opplevde, som eg, at det var vanskeleg å velge blant dei 99 epitoma. I fokusgruppa rakk eg heller ikkje å bruke alle epitoma som eg hadde inkludert i intervjumalen (sjå vedlegg 7). Hadde eg introdusert andre epitom, kunne eg ha fått andre data. Når ein av fokusgruppedeltakarane likevel seier at dei valde epitoma er gode stikkord, som

beskriv kjerna i teamarbeid, tolker eg dette som teikn på at intervjumåten min har vore påliteleg, dvs at funna bidreg til å gi svar på forskingsspørsmåla.

At samtalen avsluttast med følgande utsegn, tek eg som ei stadfesting av at eg har lukkast i å utøve det Postholm (2005) kallar for sensitivitet i høve til kontekst:

- *Og du har jo styrt oss med usynleg hand, Astrid. Du har lagt eit godt grunnlag for nokre bra to timar*

Eg har også latt to deltakarar frå to ulike fokusgrupper lese gjennom oppgåva, og bedt om deira innspel på mi framstilling av datamaterialet og mine tolkingar av dette. Eg har tatt deira kommentarar til følge, og gjort nokre små endringar i framstillinga av empirien.

Det er likevel ikkje slik at det er deltakarane som har einerett på kva som er sant. Som eg, konstruerer dei si verkelegheit, og forståinga av denne utvikler seg stadig (Postholm 2005). Mi innsikt i mitt forskingstema har endra seg på tilsvarande måte, som følge av det praksisfeltet har vist meg, og i takt med den teori som eg har lese. Difor har også dei 3 under-spørsmåla til oppgåva si problemstilling, endra seg noko undervegs. Av same grunn bringer eg også inn teori i drøftinga, som ikkje er presentert i teorikapittelet (Smith et al 2009).

3.9.3 Overførbart?

Kunnskap som blir produsert i ei kvalitativ studie som denne, er knytt til bestemte settingar på bestemte tidspunkt og vil ikkje utan vidare vere overførbart til andre. Ved å bruke både fokus-gruppeintervju, observasjon og spørreskjema som kjelder for datainnhenting, blir mine skildringar "tjukkare" (Postholm 2005). Dette styrker grunnlaget for at lesaren kan gjenkjenne sin eigen situasjon, og oppleve erfaringar og funn som nyttige. Difor kan eg håpe at min tekst, henta frå praksisfeltet institusjonsbasert arbeidsretta rehabilitering, kan bidra til at andre ser eige praksisfelt på nye måtar (Smith et al 2009; Postholm 2005). Smith et al (2009) meiner at den viktigaste gyldigheitstesten nettopp er korvidt forskingsresultata er interessante, viktige eller nyttige.

3.10 Kort sagt

I dette kapittelet har eg beskrive og begrunna utval og val av forskingsmetodar. Eg har drøfta etiske problemstillingar, særleg knytt til det å vere forskar i eit miljø som eg sjølv er ein del av. Val av analyseform har eg også gjort greie for, og eg har kritisk reflektert over den forskingsdesign eg har valt for dette prosjektet.

4 Empiri

Analysen av dei fire fokusgruppene som inngår i masterprosjektet, utkrystalliserte kodar, underkategoriar og kategoriar, som enda opp i følgande tre overordna tema:

- Artikulering og anerkjenning av taus praksiskunnskap.
- Tillit som føresetnad for tverrfagleg samarbeid og deling av taus og eksplisitt praksiskunnskap.
- Organisering og møtestruktur som føresetnad for tverrfagleg samarbeid og deling av taus og eksplisitt praksiskunnskap.

Desse tema bidreg til å gi svar på mine tre forskningsspørsmål. I den skriftlege presentasjonen av datamaterialet, har eg valt å bruke forskningsspørsmåla som overskrifter til kapittel 4.3, 4.4. og 4.5. I kapittel 4.1. gjer eg greie for relevante bakkgrunnsdata som blei innhenta gjennom spørreskjema, og kapittel 4.2 er ei oppsummering av feltnotata frå observasjonsstudien.

Som underoverskrifter bruker eg fleire av kategoriane og underkategoriane frå analysematrisene (vedlegg nr 11). Eg har valt å presentere alle sitat på nynorsk, som er mitt eige målføre, uavhengig av informantane sine ulike dialektar.

4.1 Bakgrunnsdata

Dei 4 teama i utvalet mitt varierer i storleik frå 4 (3 deltok i fokusgruppa) til 6 medlemmer. Talet på yrke/profesjonar varierer også. I eit av teama har 3 av 6 teammedlemmer fagbakgrunn som sjukepleiar, medan eit anna team er sett saman av 6 ulike fagroller. Som vist i matrisa i vedlegg 12, er det fråver pga sjukdom eller andre årsaker i 3 av dei 4 fokusgruppene. Alder og yrkesansiennitet varierer også i alle teama. Eit team skil seg ut ved at alle har jobba saman i minst 5 år. Totalt er det ei overvekt av kvinner i utvalet. Unntaket er teamet som eg også fekk observere, der det er like mange menn som kvinner.

Alle gir teamet sitt middels eller høg skår på teamtypeindeks, noko som gir ein karakteristikk som inter-eller transprofesjonelt team. Ein faktor i teamtypeindeksen omhandler opplevinga av leiarstil i teamet. I 3 av 4 team krysser fleirtalet av for utsegna: *Teamleder fungerer som en veileder*. I det teamet som ikkje presenterer nokon teamleiar, krysser alle av på at: *Ledelse av teamet avgjøres i stor grad ut fra den aktuelle situasjonen; gruppa er selvstyrt*.

Alle team gir også høg skår på teamklimaindeksen. Eit team skil seg ut ved at variasjonen er stor. Innad i dette teamet syntest det å vere ulik oppleving av atmosfæra i teamet. Den utsegna som blir gitt lågast skår i 3 av 4 team er denne: *Teamet stopper opp med jevne mellomrom for*

å evaluere vårt eget arbeid. Eit av teama har felleskontor. Dette teamet skil seg positivt ut ved å skåre høgt på denne faktoren. Det er også stor variasjon mellom teama når det gjeld antal teammøte, varierende frå dagleg til vekentleg.

4.2 Observasjon av teammøta

Eg fekk delta som observatør i 6 av teammøta til eit rehabiliteringsteam der lege, psykolog, psykitarisk sjukepleiar, fysioterapeut og arbeidskonsulent er deltakarar. Dette teamet har daglege møte der alle fagpersonane deltek. Brukar/deltakar/pasient er ikkje med på desse møta. Møta varde i ca 1 time og føregjekk på teamlegen sitt kontor.

Under observasjonen lytta eg etter kva ord som blei brukt for å uttrykke taus og eksplisitt praksiskunnskap. Eg hadde også fokus på kommunikative mønster i dialogen mellom deltakarane i teamet. Følgande oppsummering av mine observasjonar låg til grunn for den tilbagemeldinga eg ga teamet, som innleiing til fokusgruppa med dei. Denne blei gjennomført etter at observasjonsperioden var avslutta:

Eg opplevde stemninga i dette teamet som trygg og dynamisk. Dialogen føregjekk på ein måte som minna om å kaste ball med kvarandre. Ordet veksla raskt, og det blei gitt umiddelbare responsar på dei andre sine utsegn. Ingen syntest å dominere, og alle tok ordet med jamne mellomrom. Alle verka nærverande, såg direkte på kvarandre og viste interesse for kvarandre sine bidrag. Det var gjennomgåande raske vekslingar mellom humor og seriøsitet. Metaforar blei ofte brukt for å fortelle om praksissituasjonar, og for å sette ord på observasjonar og vurderingar (sjå 4.3.1).

Teamleiar leia møta på ein strukturert men venleg måte, sette agenda ved møtestart ved å etterspørre brukarsaker og noterte seg dei som hadde noko å melde. Ved fleire høve etterspurde teamleiar synspunkt frå alle teamdeltakarane i konkrete saker.

Eg fekk inntrykk av at det ikkje er uvanleg å delta i andre fagpersonar sine aktivitetar eller på fellesturar saman med brukargruppa. Det verka som om dette blei verdsett og høgt prioritert, også av teamlegen. Teamdeltakarane syntest å ha god oversikt og interesse for kvarandre sine gjeremål. Respekten for andre sine oppgåver blei også uttrykt, t.d sa ein :

- *Det er vel for gale at eg tar ho (brukaren) ut (til samtale) midt i gymtimen?*

Konkret samarbeid i form av trekantsamtalar med brukar blei avtalt fleire gonger. Under teamet sitt gjennomgangsmøte midtvegs i brukaropphaldet, sat fysioterapeuten framfor legen sin dataskjerm og skreiv teamet sine felles vurderingar direkte inn i journalen.

Usekje blei vend til felles undring ved at ulike oppfatningar blei lytta til, og fleire faglege perspektiv blei brakt inn. Motførestillingar blei oppmoda, t.d. på denne måten:

- *Sei kva du meiner!*

Eg observerte ingen teikn på rivalisering eller forsøk på å forsvare særslagleg revir. Dette samsvarer med ordvekslinga i den etterfølgande fokusgruppa, der teamet i stor grad var sjølvgåande. På teamklimaindeksen gir også alle deltakarane eintydig og høg skår på dei fleste utsegnene.

Mitt inntrykk er at dette er eit team med høg kompetanse i tverrfagleg samhandling.

4.3 Korleis blir fagpersonane sin tause praksiskunnskap artikulert og gjort felles gjennom drøfting i teamet?

Teammøtet som arbeidsform er basert på ei forståing av at gyldig kunnskap er verbalt artikulerbar påstandskunnskap. Når praksiskunnskapen blir ordsett, er den ikkje lenger taus. Eg var difor spent på om det i det heile ville vere mogeleg å identifisere taus praksiskunnskap ved observasjon av teammøta og i fokusgruppene.

4.3.1 Bruk av metaforar

I 3 av dei 4 fokusgruppene bruker fagpersonane metaforar for å uttrykke sine observasjonar og erfaringar frå praksis. Døme på dette er: *Å romme, ho blei kjeivhend, heile dama flyt ut, å ha samklang med, eg opplevde ein vegg som eg ikkje skulle gå forbi, det lyser lang veg, eit panser, antenner, ein mur, ugler i mosen, gruff, angsten stod ut av pipa, å være (dvs. lukte, som eit dyr), grensesprenging.*

Metaforen *å romme* blir introdusert tidleg i samtalen i eit av teama for å beskrive ein konkret situasjon, og blir forklart slik:

- *Tåle å ta det imot, at det kjem opp .. og at den som seier det har det som den har det og så...ja, at ein dermed ivaretek noko.*

Dei andre deltakarane i fokusgruppa kjem etter litt tilbake til den same hendinga og observasjonane blir forsøkt verbalisert :

- *Det var akkurat som den (brukar/deltakar/pasient) blei meir utflytande i desse andre aktivitetane, litt sånn grenselaust...viss det går an å seie det....og så kjem det opp og det startar det der flytet, kanskje ikkje historien hennar flyt ut, men heile dama flyt ut og blir litt kjeivhend i sine måtar å seie frå om ting og handtere ting.*

Her kjem fleire med si tilslutting i form av stadfestande responsar. Lenger ute i samtalen blir å romme igjen brukt:

- *Mitt ønske er å kunne romme det og høyre det... det er på ein måte den viktigaste kompetansen. Å kunne ta imot det, romme det...eg også (med referanse til andre sine tidlegare ordval) liker det uttrykket....at brukaren (deltakar/pasient) får snakke høgt om det den har gått og bære inne i seg ...og den kompetansen i forhold til å være trygg til å ta imot det, tenker eg at fleire på teamet har.*

Her anerkjennast også både eigen og andre på teamet si kompetanse. Eit døme frå ei anna fokusgruppe er henta frå ein episode, der det blir snakka om ein brukar/deltakar som teamet har opplevd det vanskeleg å bistå.

- *Eg tenker at her må vi være litt forsiktig...det er liksom sånne antenner ein har...eg kjenner det ofte veldig fort...*

Ei anna følger opp med non-verbalt å skildre si oppleving i møte med den same personen. Då moderator etterspør tydinga av kroppsspråket hennar ved å gjenta rørsla; held handflata framfor seg som eit stoppsignal, svarar ho:

- *Ein.. ein mur.*

Svaret blir møtt med stadfestande lydar og oppfølgande kommentarar frå dei andre i teamet.

4.3.2 Undring

I alle teama blir det brukt det eg vel å kalle undrande ord og uttrykk for å skildre praksis. Det synest å vere uproblematisk å bruke ”diffuse” ord og dei andre teammedlemene synest å forstå. Fleire av orda samsvarer med Haldin-Herrgård sine epitom for taus kunnskap, t.d. *å føle, å lytte, å ane, å fornemme, intuisjon og magekjensle* (som førekjem spontant i siste fokusgruppe medan moderator introduserer ordet i dei andre fokusgruppene).

Tidleg i ei av fokusgruppene får ein teamdeltakar respons frå dei andre på følgande utsegn, utan at nokon problematiserer val av ord:

- *Då får vi ofte... tilbakemelding frå kvarandre ..at her er det eit eller anna som skurrar, her trur eg nokon skal sette seg ned å ha ei samtale med denne personen.*

Seinare i samtalen snakker dei om ein konkret brukar/deltakar, som snart skal avslutte rehabiliteringsopphaldet. Ei bruker orda *eg fekk ei kjensle* for å uttrykke sine observasjonar og

fornemmingar. Moderator etterspør kva *magekjensle* ein annan i teamet hadde i møte med denne brukaren. Denne svarer:

- *Der var det nokon signal ...som ikkje vi skjønte heilt.*

Andre undrande uttrykk er: *Det vi ikkje får tak i, ei kjensle av at det er noko som ikkje stemmer, eg kjenner det, ein mistanke og her må vi være forsiktige.*

4.3.3 Den tause praksiskunnskapen utøvast her og no

At praksiskunnskap blir utøvd i situasjonen her og no blir illustrert i dette dømet, der ein av fagpersonane prøver å verbalisere sin tause kunnskap frå møtet med ein brukar/deltakar:

- *...eg opplevde (leitar etter ord) ... sinne, eit eller anna...som gjorde at eg tenkte at viss det om enn skulle vere noko anna, så er ho ikkje klar for å ta det...ho er ikkje der enno..*

Seinare fortel ho om ein annan situasjon der ho lot *det ho følte* akkurat der og då ligge til grunn for å tematisere denne brukaren/deltakaren sine krenkingserfaringar:

- *...eg følte at ho hadde holdt så igjen på dette, at no måtte det komme..*

I ei anna fokusgruppe fortel ei at ho fleire gonger har vore i samtalar, der ho i ettertid har tenkt at ho burde ha tatt på alvor ei *aning* eller ei *fornemming* som oppstod i situasjonen:

- *Det er ganske mange gonger eg har tenkt etterpå at; å, den skulle eg ha gått vidare på.... kva meinte ho når ho sa det? ..kvifor greip eg ikkje den..og spurde? Det har eg gått i meg sjølv... det har vore ikkje berre ein gong, men fleire gonger i løpet av dei her åra, så har eg kjend på det; at her...*

4.3.4 Taus kunnskap utløyer tvil om kva som er rett handling

Ein av fagpersonane som har lang erfaring frå arbeidsretta rehabilitering, men som ikkje har helsefagleg grunnutdanning, reflekterer over om ho har nok kunnskap (til å etterspørre krenkingserfaringar). Latter frå dei andre i teamet tyder på at dei lyttar:

- *Og så kan ein tenke: gu, så godt å ikkje ha all den kunnskapen, for då vågar ein litt meir. .. Og samstundes så er det litt skummelt, fordi, kva no om dei med god kunnskap ser inn på det og så har eg kanskje tråkka heilt uti noko eg .. absolutt ikkje burde viss eg hadde visst litt betre. .. men av og til så trur eg at .. og det der er ein kjempebalansegang...for ein kan vite så mykje at ein aldri går inn og spør heller... fordi ein veit om alle ...fallgruvene.*

I eit av dei andre teama snakkast det også om tvil. Ei seier:

- *I gruppa her, så har vi jo ei dame som eg har ei sterk kjensle av at har noko meir å fortelle enn det ho formidlar, for ho fortel ingenting.*

Ei anna held fram:

- *Og heile kroppshaldninga og alt, du ser det lyser lang veg, men så veit du ikkje heilt korleis...Det her er som sagt ikkje nokon terapi, og dei er her berre i fire veker...men eg har ei sånn sterk kjensle av at det kunne vere nokon som kunne vore til hjelp, og så veit du ikkje, eller tør kanskje ikke heller å ta den utfordringa... For du veit ikkje kva som kan komme. Og så skal ho heim igjen i morgon.*

4.4 På kva måte blir taus praksiskunnskap anerkjend som relevant for teamet sine vurderingar?

Som eg no har vist, synest teama å bruke tid på å eksplisittgjere sin tause praksiskunnskap.

Det førekjem mange døme på at bruk av metaforar og epitom for taus kunnskap blir møtt med interesse og støttande respons frå andre teamdeltakarar.

4.4.1 Taus praksiskunnskap blir anerkjend

I dømet der ei brukar orda *eg fekk ei kjensle* (sjå 4.3.2), engasjerer heile teamet seg i drøftinga av denne konkrete saka, kjem med forslag og etterspør kvarandre sine vurderingar. Teamleiar stadfester at dette kan danne grunnlag for det som blir formidla i epikrisa til fastlegen.

Praksiskunnskapen blir her drøfta og anerkjend som grunnlag for handlingsval.

Også i den tredje fokusgruppa blir praksiskunnskap, som ikkje alltid er openbar og eksplisitt, sett som relevant. Uavklarte problemstillingar, som er erfaringsbaserte og vanskelege å sette ord på, blir anerkjend i teamarbeidet. For å synleggjere det tverrfaglege samspelet har eg her valt å referere yrkesrollene.

Eit stykke ute i samtalen seier legen:

- *Og same kva du gjer så går det liksom ikkje framover, og då begynner ein å lure på...kva er det som stoppar?*

Det er fysioterapeuten som introduserer ordet *intuisjon*:

- *Du har ein intuisjon på at her er det noko som ikkje er oppe i dagen...og så følger ein litt med og tenker litt og kanskje tar det opp i team ...med spørsmålsteikn berre: Kva er dette?... men berre for å lufte det.*

...og når moderator ber om ei utdjupeing av ordet *intuitiv*:

- *Eg trur at det er nok ei blanding av mange typar informasjon...mykje nonverbalt også, og mykje...ja kroppsspråk...men mykje på dette som du ikkje bevisst prosessuerar sjølv, fordi vi har sett eit spekter etter kvart. Ja, diskutert mange...*

Både lege og psykolog stadfester at det ikkje er uvanleg å snakke saman på denne måten:

- *Det er eit eller anna med at alle vi har jobba lenge med dette og...av og til så er det vanskeleg å sette ord på det du skjønar, fordi...altså det er ei oppleving du har når du på ein måte jobbar med ein person, så er det ikkje alltid du har så lett for å sette ord på det, men vi skjønar at her er det noko vi må jobbe vidare med. Og så tar det litt tid før vi då etter kvart klarar å finne desse orda, då.*

4.4.2 Praksiskunnskap komplementerer fagkunnskap

I den siste fokusgruppa får teamet, stimulert av epitomkorta (sjå 3.4 og 3.6), høve til å reflektere over kva taus praksiskunnskap inneber for dei i deira daglege arbeid. Ei bruker orda *ei kjensle* og *ei fornemming* om sine første observasjonar av ei ny brukargruppe. Ho seier at det er vanskeleg å sette ord på dette, som likevel dannar grunnlag for fagteamet sine vurderingar og val av intervensjonar under rehabiliteringsopphaldet. Ein annan presiserer at desse førsteinntrykka som formidlast i teamet, ikkje alltid stemmer, noko som også er tema i teamet sine drøftingar. Dette fører til læring, meiner han. Teamleiar seier at slike inntrykk skaper felles undring i teamet. Ein tredje nemner eit konkret døme med ein brukar/deltakar der fysioterapeuten uttrykte ei oppleving av at *noko hadde gått teamet hus forbi*. Dette blei tatt på alvor av dei andre i teamet, og det førde til ein positiv prosess for denne brukaren/deltakaren i etterkant.

Intuitiv kunnskap blir i dette teamet forstått som erfaringsbasert menneskekunnskap og anerkjend som viktig. Her blir særleg arbeidet til arbeidskonsulenten framheva. Intuisjon og livserfaring blir sett som nyttig og relevant kunnskap, men intuisjonen må stadfestast av fagkunnskap. Dei er altså einige om at taus kunnskap komplementerer fagkunnskap. Døme på dette er når ein fagperson med referanse til ein annan sine observasjonar, spør om desse er basert på *intuisjon*. Den andre, som er fysioterapeut, svarer at det gjerne starter med ein intuisjon som blir stadfesta eller avkrefta av fagleg kunnskap:

- *Nokon av dei (observasjonane) er kanskje basert på ei undersøking, slik at eg faktisk får tatt litt på personen og ser kvar ressursane sit og dersom det verker som om det er veldig skjørt så ..Det handler på ein måte om faktisk konkret*

kunnskap, då...men det starter jo gjerne med ein intuisjon, og så kan du få den bekrefta eller avkrefta.

Teamleiar presiserer at dette er nyttig for teamet sine vurderingar og intervensjonar (t.d. i individuelle samtalar med brukar/deltakar). Å fange opp alkoholmisbruk og krenkings-erfaringar blir nemnd som andre døme.

Psykologen fortel at *intuisjon* er viktig i psykologifaget, men at korvidt slik kunnskap blir respektert av andre fagpersonar, varierer:

- *Litt meir konkrete ting...er lettare å forstå, er meir handgripeleg. Det er kanskje lettare å seie at den brukaren (/deltakaren) har ei sånn og sånn rotasjonsskade i skulderen enn at "eg lurar på om det noko...her med mor og far"...Det er .. mykje meir sånn uhandgripelege saker å komme med."*

(Dei andre i teamet ler.)

Livserfaring synest å ha høg status i dette teamet:

- *Det med erfaring ...du merker jo det med livserfaring spesielt, og når vi jobbar med arbeidsretta rehabilitering ..så arbeidskonsulenten som har så mykje erfaring og forskjellig erfaring ..Eg vil jo kjenne på, som ein av dei yngste, at å gå imot ei sånn livserfaring... då bommar eg verkeleg på mål, men eg kan jo stille spørsmål ved og det er det opent for på teamet. Det er ikkje sånn at eg er redd for å stille spørsmål.*

4.4.3 Taus tverrfagleg kunnskap?

Ei fortel om erfaringar med samarbeid, der mange i teamet har hatt ein taus beredskap som har gjort dei klare til å dekke over eller tone ned einskilte teammedlemer sine handlingar ovanfor brukar/deltakar. Ho seier at det er noko dei i liten grad snakkar opent om i teamet. Teamleiar gjenkjenner dette. Ho meiner at det er ei undergraving av det tverrfaglege teamsamarbeidet når ein i teamet seier ting til brukar/deltakar, som ikkje er i samsvar med det teamet er blitt einige om. Når slikt av og til skjer, skaper det mykje uro og er svært energikrevande.

I den tverrfaglege arbeidsmåten ligg det mykje intuitiv, taus kunnskap som må lærast gjennom erfaring:

- *For det er noko med ein del av det tverrfaglege som ikkje står å lese nokon stad men som på sett og vis... må erfarast...frå person til person.*

Eg tenker at det med taus kunnskap eller intuitiv kunnskap...det er veldig mykje kunnskap her som...eg tenker også har konsekvensar for korleis vi møter nye som kjem hit og skal jobbe her. ...Eg tenker på dette med modell-læring som veldig viktig.

Ved fokusgruppa si avslutting ligg epitomkorta med desse orda på bordet: *Intuisjon/intuitiv kunnskap, å ane /å fornemme, (livs-) erfaring, delte verdiar, menneskekunnskap, sunn fornuft og etterpå- klokskap.* Ein av deltakarane peiker på ordkorta og seier :

- *Det er gode stikkord. Det er kjerna i teamarbeid.*

4.5 Kva synest å fremme deling av taus og eksplisitt praksiskunnskap i tverrfaglege rehabiliteringsteam?

Som vist i modellen i kapittel 2.2 (Kvarnström 2008), er det faktorar både intern i teamet og eksternt frå teamet sine omgivnader, som påverker teamet sitt indre liv. Eg har forsøkt å identifisere faktorar som synest å fremme deling av praksiskunnskap i teamet, og vil her presentere desse.

4.5.1 Å vise kvarandre anerkjenning

I alle fokusgruppene gir deltakarane kvarandre tilbakemeldingar og responsar. Det gjer dei både ved å referere til kvarandre sine utsegn undervegs i samtalen, og ved eksplisitt å verdsette kvarandre sine personlege eigenskapar og faglege kompetanse. Ein teamleiar seier vend til fysioterapeuten på teamet:

- *Vi diskuterte det veldig, og eg veit at du såg dette her.*

Eit anna døme er når ein sjukepleiar uttrykker:

- *Eg kjenner meg veldig igjen i det (namn på ein annan i teamet) seier*

... og ein arbeidskonsulent:

- *Teamleiar seier det så fint; at vi er meir enn ein vond rygg...*

Ein teamleiar seier dette, vend til idrettspedagog og fysioterapeut:

- *Du kjem jo ofte med innspel (referer her til intuitiv kunnskap) som gjer at vi.. eller du som fysioterapeut for den sak skuld, som gjer at vi kan gå vidare på det.*

I ei anna episode i same samtale verdset teamleiar både arbeidskonsulenten og denne sin praksiskunnskap slik:

- *Eg tenker jo mange gonger at når du er arbeidskonsulent på teamet, med all den livserfaringa og arbeidserfaringa som du har frå ulike stader over så lang tid og i så mange ulike settingar, så har du så mykje menneskekunnskap, og eg opplever også at du har mykje intuitiv kunnskap...Som teamleiar er eg kjempeglad som har ein arbeidskonsulent på teamet som har den plattformen å stå på, fordi det er jo ikkje noko sånt spesifikt eige fagområde...Nettopp den plattformen du har er utruleg viktig.*

Personlege eigenskapar blir også verdsett. Eit lite døme frå eit anna team er når fysioterapeuten seier til legen:

- *Eg veit ikkje om du... Nei? Du hugsar jo så godt, så du hadde sikkert hugsa det...*

4.5.2 Å verdsette komplementære roller og kompetanse

I alle fokusgruppene førekjem det døme på at det å vere eit team med komplementære roller og kompetanse blir opplevd som verdifullt. Ein ung mann med idrettsfagleg utdanning seier:

- *Eg hadde ikkje følt meg kompetent nok åleine til å handtere det.*

I eit anna team blir det sagt slik :

- *Ja, det var jo eg som møtte ho .. første gangen då .. eg har jo ikkje same kompetansen som sjukepleiarane har, til å ta det på første møtet. Sånn at den viktigste oppgåva mi blei jo på ein måte å lytte ..og så tar eg jo det vidare opp saman med teamet, då.*

Ein psykolog i eit av dei andre teama seier dette:

- *Det å ...få følelsen av at dei andre respekterer kvar sine bidrag, det er veldig viktig... men også at eg sjølv blir bevisst på kva dei andre fagpersonane kjem med ... om kva roller dei forskjellige teammedlemene har og kva eg kan spørre om når eg blir interessert i ting eller..kva slags forskjellig kunnskap dei andre sit med som eg ikkje kan noko om.*

I ei anna fokusgruppe er det semje om at det er ein ressurs for brukarane at teammedlemene har ulike menneskelege eigenskapar. I dette teamet synest dei å ha klare og komplementære fagroller.

Legen beskriv :

- *Dei kjem først til legeundersøking,...og så reiser dei heim og så blir dei tatt inn som gruppe, og då har dei ikkje nokon ny samtale med legen, då kjem dei liksom inn i gruppa, så då er det fysioterapeuten som styrer.*

Psykologen i dette teamet synest likevel ikkje å ha behov for å halde på eit revir som samtale-terapeut. Ho anerkjenner i staden sine kolleger av ulik profesjon som gode samtalepartnarar:

- *Eg trur at for ho (med referanse til ein brukar/deltakar), det å kunne sette seg ned å snakke med litt ulike menneske... for vi er jo ulike menneske.*

Ein episode frå observasjonsperioden min illustrerer at teamlegen her heller ikkje beskytter sitt revir. Ein i temaet seier til legen:

- *Eg har nok trakka i ditt bed.*

Legen svarer umiddelbart og med ein latter:

- *Så fint då!*

4.5.3 Å stole på kvarandre

Eit av teama, som opplever at mangel på tid kan vere eit hinder for teamdiskusjonar, løyser dette ved at fagpersonane snakker saman utanom teammøta. Alle treng altså ikkje å vite alt, noko som kan tyde på at dei stoler på kvarandre. Tilliten til dei andre i teamet uttrykkast slik:

- *Eg kjenner sånn på ein måte, ute i salen (under leiing av aktivitetar i gymsal) at då er verkeleg styrken med å være eit team veldig tydeleg. For då veit eg at OK, dette skjønner ikkje eg, men det gjer ikkje noko, for no går eg og snakker med dei andre om det. Og så finn vi ut av det. Og det synes eg er ein god styrke. Og det trur eg også gjer noko med korleis eg møter pasienten (brukar/deltakar) med å vite at eg er trygg, fordi eg kan spele på lag med mange. Så på den måten er det godt å bruke teamet.*

I ei anna fokusgruppe blir også tilliten til kollegene framheva:

- *Det botner jo i tillit til andre på teamet. Altså viss ikkje teamleiar hadde hatt tillit til oss og hadde flydd rundt og observert kva fysioterapeuten og eg hadde drive med i aktivitetar, og sete som floge på veggen når arbeidskonsulenten eller psykologen har samtale, det handler om at vi stoler på...kvarandre i teamet. Dei viktige tema blir delt, slik at alle er klar over det, og...då peiler vi ut ei retning*

som vi då saman jobbar mot, men med forskjellige intervensjonar...Det trur eg har med at vi har ei stor tillit til kvarandre, stoler på at den jobben den fagpersonen gjer, særfgagleg, den blir verdsett og trudd på inn i det tverrfaglege teamet.

Ei anna er einig og fortel om eigne erfaringar frå andre teamsamarbeid i rolla som psykiatrisk sjukepleiar. Det har hendt at ho har vore redd for at det ho seier i teammøta kan ha blitt feilformidla, og brukt på uheldige måtar av andre i teamet. Å stole på kvarandre inneber både å stole på kvarandre som menneske og som fagpersonar, presiserer ho.

I eit anna team meiner ei at utryggheit mellom teammedlemer kan hindre at praksiskunnskap blir ordsett og drøfta i teamet :

- Hvis vi blir veldig ..., altså (svak stemme) vi blir utrygge på kvarandre i eit team, og eg føler at eg eventuelt ville hatt veldig god relasjon til denne brukaren (/deltakaren) på ein eller annan måte, eller hadde hatt eit tillitsforhold som gjer at...og eg tenkte at no må eg ivareta den... så kan det hende at det var vanskeleg å ta det opp (i teamet), for eg ville bli usikker på korleis vi handterte det.. om det ville være til det beste eller til det verre...at det då var verre å .. ta det opp enn viss det var veldig tru på at no kan vi legge det fram, no diskuterer vi det ... som det er, og det vi finn ut av...Eg trur kanskje det er det som ville ha vore mitt største hinder (for å drøfte eigen praksiskunnskap med dei andre i teamet)...

4.5.4 Å vise seg sårbare

I alle teama viser fleire seg sårbare. Døme på dette er å uttrykke tvil til eigen kompetanse og/eller usemje, slik som her:

- Det at vi er ueinige er vanskeleg, for eg kjenner jo at, for eksempel at legen då, har jo ein kunnskap, og eg trur at legen har ein kunnskap som er viktig, og eg kan jo egentlig ikkje, eh, noko om dette (refererer til krenkingserfaringar), eg kan berre vere det mennesket som eventuelt er der og rommar og høyrer...der eg også kan kjenne at eg blir sjølvkritisk, så tenker eg, lot eg det gå for langt, er det noko kunnskap eg ikkje har..?

I eit anna team erkjennast også at teamet kan komme til kort:

- Ja, for der var det nokon signal..som ikkje vi skjønnte heilt.
- Det er jo sånn. Vi skjønner no ikkje alt (smiler). Vi gjer så godt vi kan..

At det er aksept for å komme til teammøta med uferdige problemstillingar uttrykkast slik i dialogen i eit team:

- *Eg kan berre snakke for meg sjølv, men eg har ikkje noko problem med på ein måte å komme inn med ei lite ferdig tygd problemstilling: "Her er det noko. Eg skjønner det ikkje"...*
- *Det er veldig ofte det er sånn.*
- *Det er ganske vanleg*
(Latter i rommet)
- *Og eg tenker at når eg tar den inn i teamet, så er det fordi der er det gehør for å komme med sånne ting, og fordi at då blir eg forstått. For eg syns vi snakker same språk på at ikkje alt er klart oppe i dagen i det vi jobber med.*

4.5.5 Legen si rolle og posisjon

I den siste fokusgruppa, der legen ikkje deltok, blei erfaringar med ulike legar tatt opp fleire gonger. Ein fortel:

- *Det er jo det brukarane (/deltakarane) opplever også, det legen har sagt er det som står høgst i kurs. Det opplever vi jo veldig ofte i team, altså at legen ..og legen er jo journalansvarleg også,... men når det fungerer sånn på team som det gjer her, då, så blir alle stemmer høyrte likevel.*

Teamleiar utdjuper:

- *Som teamleiar tenker eg at det er nok den faggruppa (legegruppa) som er viktigast i forhold til...det der felles fundamentet som vi står på. Viss den faggruppa ikkje spelar på lag i forhold til å tenke heilheit, i forhold til å anerkjenne alle dei andre fagpersonane si rolle i team, så har vi eigentleg ein gedigen verdikonflikt, ... og det har vi jo også nokon erfaringar med som er ganske ...strevsame.*

Ein annan legg til:

- *For eksempel viss det er ein person som har ein sånn veldig statustankegang og opplever seg sjølv som ..ja, har mykje meir status og makt enn andre på teamet, så blir det veldig vanskeleg (stadfestande lydar frå andre).*

Det blir også fortald om ein situasjon der ein ny lege automatisk tok leiarrolla på teamet ved teamleiar sitt fråver. Teamet lot dette skje:

- *Då tok då denne legen utan erfaring leiarrolla utan å spørre. Og det var sjølvsagt av gamal vane i kraft av legeautoriteten, sjølv om kompetansen mangla fullstendig ...Nja, dei andre i teamet lot nok delvis det skje...eh...faktisk og det seier jo litt det også, kanskje, at vi gjorde det...Ja, det var jo eit felles ansvar det ..vi burde jo ha gripe (inn)...*

Den overvegande erfaringa er likevel at legen på teamet innordner seg den tverrfaglege arbeidsforma. Teamleining framhevast her som ein viktig faktor:

- *Det har sjølvsagt noko med leining å gjere, og trygghet i frå leiar si side, at leiar er i stand til å styre også ein lege.*

I ein episode mot slutten av ei anna fokusgruppesamtale blir legerolla utfordra på denne måten:

- *Ja, men er det sånn då, at legen har rett?*

Legen svarer:

- *Du, veit du... for eksempel når det gjeld avgjerder om at ein i epikrisa skal tilrå søknad til langvarig opphald i psykiatriske institusjon, så meiner eg faktisk at legen har eit avgjerende ord, for det der var også litt diskusjonstema på teamet den gongen, då (viser til usemja om oppfølging av ein brukar/deltakar, som har vore gjennomgangstema i denne fokusgruppa). Det var nokon som sa at viss fleirtallet på teamet meiner at vi skal gjere dette, så skal vi det. Så de (vend til dei andre i teamet) framstiller det som ein vits, men det er litt realitetar i dette også.*

4.5.6 Felles haldning og verdiar

I ei av dei andre fokusgruppene blir det framheva at ei felles haldning ligg til grunn for teamsamarbeidet:

- *Eg tenker det er viktig at vi har fagpersonar,...som ser det heilskaplege bildet og...ikkje er så veldig dualistisk i tankegangen då...(ler) dei vil vi ikkje ha altså... Det er ein føresetnad for å kunne jobbe godt...at dei som jobber her, må ha ei sånn nokonlunde felles forståing av...*

Det er legen som bryt inn:

- *...biopsykososiale modellar*

Den same legen erkjenner tidlegare i samtalen at det er ikkje alt som det er så lett å få tak i, underforstått at viktig kunnskap ikkje alltid er openbar og eksplisitt.

I eit anna team blir det å vere open framheva som ein viktig verdi og det motsette ei potensiell kjelde til konflikt:

- *Ei kjelde til konflikt det kan vere ...at nokon har sete litt for seg sjølv å jobba med brukaren (/deltakaren) utan å fortelle det.. Denne mangelen på openheit skaper ikkje akkurat noko godt teamarbeid. Når det plutselig: "Pang" (!)... dukker opp; "Oi, det var jo heilt annleis enn det som eg har fått inntrykk av" ...og så snur det opp ned på det meste . Det å ha eit verdigrunnlag som seier at uavhengig av rolla di i teamet, så har di meining like stor verdi inn. (Stadfestande lydar frå andre). At det ikkje blir slik som det av og til kan bli, at nokon sit øvst og har makta, og seier at det som eg seier er rett uansett, eller ikkje tek det opp til diskusjon ein gong...*

Same fagperson meiner at dette handler meir om personlegheit enn om fag:

- *Det kan vere vanskeleg å komme med slik intiutiv kunnskap viss folk er veldig på fakta på bordet : "Det er slik eller slik"... så er det ikkje så lett å på ein måte å prøve å opne opp for at det kan vere nokon andre uglar i mosen (stadfestande lydar frå andre)... og då er det ikkje lett, for du har på ein måte ikkje noko sånt konkret bevis på eller kan ikkje slå i bordet med at "høyr her" ...for det er berre ein følelse du har, så det kjem litt an på kva type personlegheiter som er på teamet også ..eg har ikkje tenkt så veldig at det treng å handle om faggruppe.*

4.5.7 Teamorganisering og møtestruktur

Som det kjem fram av bakgrunnsdata, varierer talet på formelle teammøte frå eit vekentleg til daglege møte. Dette synest ikkje å vere avgjerande for kvaliteten på det tverrfaglege samarbeidet. I eit av teama deler alle fagpersonane kontor, noko som blir framheva som ein positiv samhandlingsfaktor:

- *Teamkontoret vårt er jo berre litt større enn det her, og der er vi alle når vi ikkje er i aktivitet eller undervising og sånn. Og då er ballane i lufta stadig vekk, og det er ikkje alltid vi sit alle, men at vi diskuterer med ein kollega – no skjedde sånn og sånn, no tenker eg sånn og sånn...*

Eit av teama har få formelle møte, berre eit i veka, og har ei fleksibel teamorganisering. Sjølv om dei seier at tidsmangel kan vere til hinder for å ta opp ting umiddelbart, så lar dette seg løyse:

- *Men eg opplever ikkje at vi ikkje får tatt opp ting. For då går vi berre i "miniteam"; då går vi rett på og snakkar saman.*

I eit av teama som har daglege teammøte, blir det at mange har jobba lenge saman, at teamleiar er strukturert, at dei er opne for å jobbe tverrfagleg, og at det er rom for usemje, sett som vesentlege trekk ved dette teamet sitt samarbeid. Som ein uttrykker det, bidreg god møtestruktur til at uformell kunnskap blir anerkjend:

- *Eg trur måten du merka rundt bordet (med referanse til mine tilbakemeldingar frå observasjon av teammøta) at den einskilde blir lytta på, syns eg eigentleg er eit indirekte svar på at vi aksepterer både formell og uformell kunnskap og erfaring og alt saman, utan at vi liksom leiter etter eksamenspapir på ting. ... Det syns eg er gjennomgripande og det trur eg igjen ...har veldig mykje med den strukturen som teamleiar held, ved at alle får sleppe til orde, får sleppe til på ein styrt måte... For når du må sitte å fighte om og hogge til for å få ordet, så slutter folk å tenke over kva den andre seier, slik at det blir så dårleg lytting i settinga der at... Når det er lagt til rette praktisk eit klima for det, så fungerer det veldig bra, altså. Kjempebra. Du kan ta ta deg tid til å sitte å lytte til idrettspedagogen eller fysioterapeuten eller kven det no er, for du veit at okei, din tur kjem.*

4.5.8 Verdien av å reflektere saman

I alle fokusgruppene blir det gitt uttrykk for at det å få sitte saman og reflektere over felles praksis oppleves som verdifullt.

Ein ung mannleg teamdeltakar seier spontant mot slutten av fokusgruppesamtalen:

- *Eg synes det er kjempenyttig å faktisk sitte sånn som det her og snakke.... Definitivt. .. ei bra seanse! Det å berre få lufta det litt og sitte med teamet og snakke rundt det.*

Stemninga i denne fokusgruppa var dels anspent og prega av ulike oppfatningar av ei konkret brukar/deltakar-historie. Legen i dette teamet, som representerte den eine part i denne usemja, uttrykker også ønske om at teamet finn ein betre måte å kommunisere på. Ønsket er at teamet

skal vere meir einige om korleis dei i nye situasjonar skal fordele oppgåver og kommunisere til brukar/deltakar.

Eit anna team synest også det har vore nyttig å reflektere saman over eigen praksis ved å delta i fokusgruppa. Dei seier at dette gjer dei for sjeldan:

- *Kanskje viss vi har tid til å sette oss ned og så ha ein sånn samtale som det her, så kan vi vere i forkant av...og finne løysingar så vi kan vere i beredskap.*

I siste fokusgruppe er det også semje om at ekstern vegleiing, som nyleg er starta opp, kan fungere som beredskap når det er utfordringar i teamet:

- *Når vi er eit tverrfagleg team så blir det ekstremt sårbart til slutt. Så det er veldig viktig, og det syns eg vi er flinke til, at vi tar opp og det er opent for å seie i frå på teamet, og at du kan ta opp ting der og då... sånn at ikkje den ballen går, for då må vi som fysioterapeuten seier, bruke større ressursar*

Det er lite tid avsett til dette i arbeidskvardagen til dette teamet. Når ei gruppe av brukarar/deltakarar avslutter sitt rehabiliteringsopphald er det berre ein time til teamet tek imot neste gruppe. Teamet ønsker seg ein brukarfri dag mellom kvart inntak for å kunne reflektere over, evaluere og lære av eigen praksis:

- *Å få lov til å....ha rom utan at du samstundes føler at det store hurtigtoget kjem seglande mot deg, for der står dei 17 nye (brukarar/deltakarar) på trappa etter veldig kort tid.*

Teamleiar fortel at ho på ein intern HMS-dag nyleg, har tatt opp behovet for tid og rom for refleksjon over praksis. Det å reflektere over eigen praksis blir altså sett som viktig for dei tilsette si arbeidshelse.

I eit av dei andre teama fortel dei at intern vegleiing er under planlegging:

- *Det er vel litt sånn eg håper denne vegleiinga skal bli...Å ta oss tid til å sjå på kva gjer vi egentleg, kva tenker vi egentleg...korleis skal eg med mine tankar og følelsar og reaksjonar gjere ting Så eg tenker at det her med å stoppe opp i kvardagen... stoppe opp og gå litt innover. Veldig fint.*

Om å delta i fokusgruppa seier ein lege:

- *Det har vore interessant...Bevisstgjering...Sette ord på sånn som ein egentlig berre gjer.*

4.6 Kort sagt

I dette kapitlet har eg presentert korleis fagpersonane sin tause praksiskunnskap blir artikulert og gjort felles gjennom bruk av metaforar. Ved felles undring formulerer og reformulerer dei utfordringar og problemstillingar. Den tause praksiskunnskapen blir anerkjend som relevant, og komplementerer fagkunnskap som grunnlag for vurderingar og handlingsval. At teamdeltakarane viser kvarandre anerkjenning, torer å vise seg sårbare, og verdset sine komplementære roller og kompetanse, synest å vere viktige føresetnader for å dele taus og eksplisitt praksiskunnskap. Møtestruktur og teamleiing som legg til rette for at fagpersonane lytter til kvarandre, er også vesentlege element.

5 Drøfting

I det følgende vil eg drøfte desse funna opp mot dei teoretiske perspektiva som eg presenterte i kapittel 2. Eg vil vektlegge praksis som refleksjon i og over handling, og drøfte om *tause tverrfagleg kunnskap* kan vere eit tenleg omgrep. Eg vil også diskutere kva jurisdiksjonelle grenser, tillit og teamleing kan ha å seie for om fagpersonane deler sin praksiskunnskap med kollegene i teamet. Korvidt modellmakt blir utøvd i den tverrfaglege samhandlinga er også eit spørsmål eg vil ta opp. Undervegs i arbeidet med oppgåva har eg blitt merksam på kjønns-perspektivet, og eg undrar på om dette kan vere eit implisitt premiss for korleis taus og eksplisitt praksiskunnskap blir delt i tverrfaglege rehabiliteringsteam. Sjølv om dette er eit perspektiv som ikkje er presentert tidlegare i oppgåva, vil eg gi det plass i denne drøftinga.

5.1 Bruk av metaforar

Den hyppige og dels frodige bruken av metaforar var for meg eit interessant funn. Metaforane representerer og erstatter førstehands-opplevingane frå praksis, og er ein måte å ordsette den tause kunnskapen på. Tydinga blir oftast ikkje etterspurd, men responsen frå dei andre teamdeltakarane syner at budskapet blir forstått, og at bruk av metaforar er ein del av deira felles språk. Det verker som om dei har bygd opp eit repertoar av dømme, bilete og forståingar som dei bruker for å få tidlegare erfaringar til å passe inn i den nye situasjonen. I staden for å plassere situasjonen i ein kategori som det finnast standardiserte løysingar for, opner metaforbruken for formulering av utfordringar saman med kollegene i teamet.

Når praksisutøvarar reflekterer i handling blir det mogeleg å skildre den intuitive forståinga, som ikkje treng vere ei fullstendig beskriving av den intuitive kunnskapen. Eit døme kan vere *å romme*, som det eine teamet stadig vender tilbake til og utvidar forståinga av i løpet av fokusgruppa. Også ”mindre gode” skildringar kan vere gode nok for at praktikarane blir i stand til å kritisere og rekonstruere sine intuitive forståingar. Formuleringane gir grunnlag for å gjere handlingsval som forbettrar situasjonen eller utløyser ei reformulering av det aktuelle problemet (Schön 2001).

Ei av fokusgruppene skil seg ut ved at det knapt førekjem metaforbruk i samtalen. Dialogen i fokusgruppa med dette teamet, er prega av felles undring og anerkjenning av kvarandre, både fagleg og personleg. Dette teamet har færrest deltakarar, og dei har også lengst fartstid som team. Som det framkjem av bakgrunnsdata (sjå matrise i vedlegg 12), har alle arbeidd saman i meir enn 5 år. Eit anna trekk ved dette teamet er at dei synest å arbeide ut frå ei felles teoretisk forståingsramme. Legen på teamet presiserer at den biopsykososiale modellen (som WHO

baserer sin International Classification of Function-modell på, mi anmerking) ligg til grunn for arbeidet deira. Ein slik overordna modell kan gi eit felles språk, som trass i det profesjonelle mangfaldet, gir retning for refleksjon-i-handling (Schön 2001).

Dette ”undrande” teamet er eit reint ”kvinneteam”. Påverker det måten dei snakkar om sin praksiskunnskap på? I avsnitt 5.6 vil eg komme tilbake til dette.

5.2 Taus tverrfagleg kunnskap?

Det fjerde teamet fekk høve til å reflektere over kva tyding taus praksiskunnskap har for teamet sitt arbeid. Dei introduserer omgrepet *taus tverrfagleg kunnskap*, som for dei m.a.inneber ein taus beredskap i å framstå utad som eit samla team med ei felles haldning. Bruk av intuisjon, erfaring, menneskekunnskap, delte verdiar, sunn fornuft og etterpåklokskap synest å vere relevante element i forståinga av kva teamet meiner er taus tverrfagleg kunnskap (sjå 4.4.3).

Almås (2009) vel å bruke omgrepet *tverrprofesjonell kapabilitet*. Det inneber evna til tilpassing, kunnskapsutvikling og stadig forbetring av felles innsats i samarbeid med andre på tvers av profesjongrensar. Læring av tverrprofesjonell kapabilitet forutset at teamdeltakarane reflekterer over handlingsalternativ, for å gjere fornuftige situasjonsvurderingar.

Milburn & Colyer (2008) drøfter korvidt *tverrfagleg kunnskap* kan seiast å vere eit meningsfullt omgrep. Deira konklusjon er at den tverrfaglege kunnskapen må utviklast gjennom tverrfagleg praksis som er uløyselig knytta til sin aktuelle kontekst. Med referanse til Schön føreslår dei difor å bruke omgrepet *tverrfagleg kunnskap-i-handling*, som blir definert og konstruert gjennom læring frå og med andre. Eg sluttar meg til dette, og vel også å bruke dette omgrepet.

Dette samsvarer med teamleiar sitt ønske om å legge til rette for modell-læring ved nytilsettingar i teamet. Døma på at praksiskunnskapen utøvast i situasjonar her og no (sjå 4.3.3) er eit argument for å tilrettelegge for slik læring. Handlings”noet”, det tidsrommet som utgjer ein situasjon, varierer. Ofte har vi likevel noko tid til å tenke over kva vi gjer. I den prosessen som rehabiliteringsopphaldet mogeleggjjer, førekjem det ei mengde ”lynraske episodar punktert av intervall som gir høve til refleksjon” (Schön 2001, s 234).

Det er i dei konkrete situasjonane at praksis best kan bli forstått og at læring oppstår. Dersom verbalisering og handling blir sett som to ulike, men likestilte måtar å artikulere kunnskap på,

bør læringskontekstane for indeksert og ikkje-indeksert kunnskap strukturerast forskjellig (Nortvedt & Grimen 2004).

5.3 Kamp om modellmakt?

Nortvedt & Grimen meiner at dersom kunnskap berre blir forstått som påstandskunnskap, er dette ei form for modellimperialisme, ”*en tankemodell brukt på en måte som går utover dens analytiske kapasitet*” (Nortvedt & Grimen 2004 s190). Kunnskap-i-handling, som blir artikulert gjennom evna til å kunne utføre handlingar på ein kompetent måte, lar seg ikkje plassere i ein slik tankemodell. Eg forstår dette som samsvarande med modellmaktteorien til Bråten (Bråten, 1981, 1983, 2004). Dersom påstandskunnskap fungerer som rådande kunnskapsmodell, kan det vere ei form for å utøve modellmakt.

I kapittel 4 har eg vist korleis rehabiliteringsteama anerkjenner den tause praksiskunnskapen som komplementær til teoribasert fagkunnskap. Eg finn ingen skilnad mellom yrkesgruppene når det gjeld korvidt praksiskunnskap blir anerkjend som relevant. Ingen i dette utvalet synest å meine at påstandskunnskap skal tillegkast større vekt enn kunnskap-i-handling. Temaet er likevel relevant. Ein av fagpersonane fortel om erfaringar frå tidlegare teamsamarbeid: *Det kan vere vanskeleg å komme med slik intuitiv kunnskap viss folk er veldig fakta på bordet* (sjå 4.5.6). Eg tolkar denne utsegna som at påstandskunnskap blir tillagt høgare status enn kunnskap-i-handling. Difor kan den lett bli den rådande kunnskapsforma i det tverrfaglege møtet. Som eg tidlegare har påstått, er dette ei møteform som i utgangspunktet baserer seg på at kunnskap er ikkje-indeksert og verbaliserbar.

Dialogen i desse 4 tema tyder meir på at det blir brukt god tid på problemformuleringsprosessen, basert på både delte praksiserfaringar og særfaglege innspel. Den tekniske rasjonaliteten med fokus på problemøysing, synest ikkje å dominere. Når praksisutøvarar legg vekk motstridande rolledefinisjonar og undrer seg saman, fell dette utanfor den tekniske rasjonaliteten sin modell (Lauvås & Lauvås 2004; Schön 2001).

I siste fokusgruppe blir det også sagt at personlegheit er meir avgjerande enn fag i denne samanheng. Likevel blir legerolla vist stor merksemd i denne samtalen. Det er som om legerolla sin autoritet er eit underliggende premiss, eit proto-themata i dialogen (Marková et al 2007). Når det blir fortald historier om legar som har utvist dominans ved å ta over teamleiinga, eller ved å overstyre teamet sin dialog med brukar/deltakar (sjå 4.5.5), gjerast dette til eit eksplisitt samtaletema, eit themata. Dermed kan gruppa forhalde seg til emnet på ein bevisst måte.

Eg har likevel ikkje grunnlag for å seie at legane utnyttar sin posisjon til å utøve modellmakt i form av kunnskapsmodellar knytt til eigen profesjon. Ei biomedisinsk sjukdomsforståing kunne vere ein slik kunnskapsmodell. Ein av legane i utvalet mitt presiserer tvert om at teamet sitt felles arbeid er tufta på ein biopsykososial modell, dvs ei forståing av at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorar påverkar helse og sjukdom. Den same legen erkjenner også at viktig kunnskap ikkje alltid er openbar og eksplisitt (sjå 4.5.6).

Det tverrfaglege teamarbeidet er grunngjeve i ei heilheitleg tenking. Den biopsykososiale modellen er ein måte å tenke holistisk på. Det er ei anna form for heilheitstenking enn den som ligg til grunn for å sjå ekspertkunnskap som ei intuitiv og holistisk gjenkjenning av situasjonar (Nortvedt & Grimen 2004). Korleis heilheit blir forstått, kan påverke kva kunnskap som blir sett ord på og delt i teamet. Datamaterialet mitt gir ikkje klare svar på korleis teamdeltakarane forstår omgrepet holisme, kanskje varierer dette mellom personar og mellom fag.

Snarare enn at legane *utøver* modellmakt, kan det sjå ut som om det dels pågår ein kamp *om* modellmakt. Helsefaga sine primærrelasjonar er prega av assymetri. Difor er makt sentralt. Å erkjenne at maktforskjellar er uunngåelege, kan vere med på å førebygge utvikling av mistillit (Nortvedt & Grimen 2004; Vangen & Huxham 2009). Legestanden er i kraft av sin status ofte premissleverandør. Difor må legar engasjerast for å fremme tverrprofosjenelt samarbeid (Hall 2005; Åhgren 2009). Nettopp dette poengterast av teamleiaren som får som skussmål at ho er *i stand til å styre også ein lege*.

5.4 Utfordring av jurisdiksjonen

I ei av fokusgruppene blir legerolla direkte utfordra på eit område som tilhøyrrer legeprofesjonen sin jurisdiksjon, nemleg innhaldet i epikrise/journal. Som denne legen også svarer, er dette juridisk sett ikkje ei fleirtalsavgjerd. I følge *Forskrift om pasientjournal* (Helse-og-omsorgsdepartementet 2000) skal det peikast ut ein person som skal ha overordna ansvar for journal, og ta stilling til kva opplysningar som skal stå i pasientjournalen. Oftast er den utpeikte ein lege.

I teammøta som eg fekk observere, verka dette å vere uproblematisk. Under teamet sine drøftingar sat fysioterapeuten framfor legen sin dataskjerm, og skreiv direkte inn i brukarjournal dei vurderingane som teamet i fellesskap, legen inkludert, kom fram til. Både lege og dei andre teamdeltakarane syntest å ha full tillit til fysioterapeuten sine ordval, som rett nok

ikkje utgjer den endelege epikrisa. Kanskje kan dette også tolkast som ei tøying av grensene mellom profesjonane.

Når slike grenser flyttast *kan* jurisdiksjonelle konflikstar oppstå. Legen sitt overordna journalansvar er døme på intellektuell jurisdiksjon, der legen har kunnskapsmessig kontroll gjennom retten til å stille diagnose. Tradisjonelt sett har mange helseyrke hatt ein hjelparfunksjon ovanfor eit overordna yrke. Den flate strukturen i dei tverrfaglege rehabiliteringsteama utfordrar ei slik underordning. Samstundes syner historien om korleis teamet lot den uerfarne legen ta over teamleiinga, at slikt framleis førekjem (sjå 4.5.5).

Verdien av å innta komplementære roller, som blir beskrive i fleire av fokusgruppene (sjå 4.5.4), kan illustrere jurisdiksjonell teigdeling (Abbot 1988; Erichsen 1996). At grensene mellom teigane likevel ikkje treng å vere så skarpe, syner ein av psykologane når ho framhever kor bra det er at brukarane har høve til å snakke med fleire på teamet. Legen som muntert set pris på at ein medarbeidar ”*trakkar i hans bed*”, gjer noko tilsvarende. Begge synest trygge nok i si eiga rolle til ikkje å ha behov for å forsvare sitt revir. Dette bidreg til ein open dialog i teama, der alle kunnskapsbidrag får plass.

5.5 Tvil, risiko og tillit

Det tvetydige og usikre er karakteristiske trekk ved den tverrprofesjonelle sosialiseringprosessen. Mine data gir mange døme på korleis dei fleste av teamdeltakarane, både eksplisitt og implisitt anerkjenner kvarandre, både som menneske og som fagpersonar. Dette skaper grunnlag for å kunne stole på kvarandre. Det synest igjen å vere ein føresetnad for å verbalisere taushetssyn, som ofte er prega av tvil.

Som eg gir døme på i kapittel 4.3.4 reflekterer fleire av teamdeltakarane opent om den tvil som praksissituasjonar kan utløyse. Schön (2001) skildrar dette som eit dobbeltsyn, der situasjonen fordrer at praktikaren er open, og villig til å bli konfrontert med ny forvirring og usikkerheit. Ved å fasthalde dette dobbeltsynet og ikkje tvihalde på sitt eige synspunkt, auker sjansen for å oppnå ei djupare innsikt.

Vangen & Huxham (2003, 2009) illustrerer utvikling av tillit som ei *tillitssløyfe*. Avklaring av forventningar til samarbeidet og viljen til å ta ein risiko, er avgjerande faktorar. I alle teama finn eg døme på at teammedlemene tør å vise seg sårbare ovanfor kvarandre. Å vise eigen sårbarheit er å ta ein risiko, fordi ein ikkje heilt veit korleis dei andre vil ta i mot dette. Tillit byggast ved at partane gradvis blir villige til å *ta* større risiko, som igjen vil vere eit middel for å *handtere* risiko.

Det minste teamet, som ikkje har nokon teamleiar, har alle jobba saman i meir enn 5 år. I dei andre teama er ansienniteten i teamet varierende (sjå bakgrunnsdata i vedlegg 12). Alle arbeidsorganisasjonar endrer seg over tid, og eit team er eit samarbeidsprosjekt som er lett påverkeleg av utskifting av deltakarar. For å oppretthalde tillitssløyfa må ein difor heile tida vere merksam på tillitsrelasjonane i teamet (Vangen & Huxham 2009).

5.6 Kjønnsperspektivet

Kan kjønnsamansettinga i teamet vere ein faktor, som bidreg til å fremme eller hemme deling av taus og eksplisitt praksiskunnskap?

Ødegård og Strype (2009) fann indikasjonar for at kvinner er meir orienterte mot sentrale aspekt ved tverrfagleg samarbeid, enn det menn er. Då få menn deltok i deira studie tek dei atterhald mot å dra klare konklusjonar. Dei finn likevel grunnlag for å spørre om kvinner i sterkare grad enn menn, føretrekk den tverrfaglege samarbeidsforma. Mitt datamateriale kan heller ikkje gi klare svar på dette, men fleire av dei mannlege deltakarane i utvalet verdset eksplisitt den opne kommunikasjonen i fokusgruppesamtalane. Observasjonsteamet er samansett av like mange menn som kvinner. Eg har tidlegare samanlikna kommunikasjonsmønsteret deira med ballkasting; ordet veksler raskt, dei er alle lyttande og gir kvarandre respons. Sjølv om den kvinnelege teamleiaren synest å vere ein viktig tilretteleggar her, ser det altså ikkje ut til at kjønn er avgjerande for den gode samhandlinga i dette teamet.

At erfaringskunnskap og kommunikative ferdigheiter blir plassert langt nede i kunnskaps-hierarkiet, kan dels forklarast ut frå eit kjønnsperspektiv (Dahle 2008; Dreyfus & Dreyfus 1986; Erichsen 1996). Eit døme er sjukepleiekunnskap, som vanlegvis blir forstått som praksiskunnskap med noko teoretisk overbygning. Legane sin praktiske kunnskap blir derimot sett som grunnleggande teoretisk. Legane *veit* medan sjukepleiaren blir *spurde om sine erfaringar*. Kjønnsmakta blir utfordra når det no er vanleg med kvinner i både lege og sjukepleieposisjonar (Dahle 2008). Kanskje er dette ein medverkande faktor når den kvinnelege legen blir utfordra av sine kvinnelege teamkolleger i dømet i avsnitt 4.5.5? Er det at ei kvinne kan utfordre ei kvinne, men ikkje ein mann, eit proto-themata i denne dialogsekvensen? Temaet blir ikkje eksplisittgjort i denne fokusgruppesamtalen.

5.7 Å tilrettelegge for refleksjon

Den tverrfaglege samarbeidsforma gir i utgangspunktet eit unikt høve til å reflektere over handling. Når teammøta blir nytta til å dele både praksiskunnskap og særfagleg teoretisk innsikt, slik som i dei møta eg fekk delta i, kan møta fungere som *tverrfagleg kunnskap-i-*

handling. I følge Schön (2001) bidreg slik refleksjon-i-handling til å utvikle praksiskunst. Dersom skjønnsutøving er ei demokratiutfordring (Eriksen 2001; Molander et al 2012), kan open refleksjon i det tverrfaglege fellesskapet vere eit viktig korrektiv for utøving av skjønnsmakt.

Som mine funn også viser, blir skjønn og intuisjon etterprøvd i teammøta under føresetnad av at det er tilstrekkeleg tillit mellom deltakarane. Mine bakgrunnsdata (sjå 4.1) viser likevel at 3 av 4 team meiner at teamet for sjeldan stoppar opp for å evaluere sitt eige arbeid.

Uavhengig av kor mange formelle teammøte dei har pr veke, etterlyser teama meir tid og rom for å reflektere over eigen praksis. Ønske om organisert vegleiing blir uttrykt i alle team. Trass i at dette er erfarne team frå erfarne rehabiliteringsinstitusjonar, er det ikkje etablert praksis. Anten er slik vegleiing nyleg starta opp, eller er under planlegging. Vegleiing på tvers av profesjonelle grenser, refleksjon-over-handling, er vesentleg for å utvikle eit godt skjønn og god etisk praksis (Schön 2001).

Det er likevel ikkje gitt at teamet si indre læring kjem organisasjonen som heile til del. Vegleiaren kan t.d. oppleve eit dilemma mellom det å drive prosessvegleiing, og det å vurdere og rapportere teamet sine faglege prestasjonar til institusjonsleiinga (Thylefors 2008). Det er difor viktig å etterspørre korleis ein kan tilrettelegge for læring utover teamet sine grenser, slik at alle teama i organisasjonen lærer av kvarandre (Argyris & Schön 1996).

5.8 Teamleiing

I siste fokusgruppe blir strukturert teamleiing framheva som ein viktig faktor for deling av praksiskunnskap. Teamdeltakarane meiner at den tydelege møtestrukturen bidreg til at dei lytter til kvarandre. Dette stadfestast av skåringane på teamklimaindeksen, og det samsvarer med det eg observerte i teammøta.

Dei fire teama som inngår i utvalet mitt, varierer med omsyn til teamleiing. I eit av teama presenterer ingen seg som leiar. Teamstrukturen i denne arbeidsorganisasjonen er fleksibel, og psykologen deltek samstundes i fleire team. Teamet har formelle møte berre ein gong pr veke, noko som ikkje synest å vere til hinder for deling av praksiskunnskap. I utfylling av teamtypeindeksen svarer også alle at teamet er sjølvstyrt, og at teamleiing avgjerast ut frå den aktuelle situasjonen. Dette samsvarer med Willumsen (2009) si forståing av leiarskap som fokuserer på prosess, og inkluderer at fleire enn ein person kan utføre leiarrolla.

Dei tre teamleiarane i utvalet har varierende fagbakgrunn, men ingen av dei er legar. Alle tilhøyrer yrkesgrupper med tradisjonelt sett lågare status enn legeyrket. Alle er dessutan kvinner. Som Sirnes (2009) påpeiker, vil teamleiar måtte forhalde seg til yrkesutøvarar med annan profesjonsbakgrunn enn sin eigen. Dette fordrer at verksemda (rehabiliteringsinstitusjonen) sitt oppdrag er klargjort på ein måte som gjer at alle medarbeidarar, uavhengig av utdanning og fagbakgrunn, forstår og aksepterer dette oppdraget.

Dette er ei leiarrolle som føreset at leiaren har evne til å lytte, god fagkunnskap, personleg trygghet og har stort nok handlingsrom. Det kan nok diskutast korvidt desse teamleiarane har eit slikt handlingsrom. To av dei har kun eit koordinerande ansvar for samarbeidet i teamet, utan fullt personalansvar med den myndigheit det ville innebere. Som ein av dei påpeiker, vil det i eit tverrprofesjonelt samarbeid oppstå situasjonar som kan vere prega av uforeinlege mål, manglande tillit, spenningar og motsetningar. Ein kan lett førestille seg at det er krevande å vere teamleiar i slike situasjonar.

I følge Vangen og Huxham (2009) fordrer dette ein kombinasjon av tilretteleggande og offensivt leiarskap. Ein slik teamleiar kombinerer samarbeidsånd og god vilje med det forfattarane kaller ein sunn porsjon hersketeknikk, og evner å veksle mellom desse strategiane. Dei valde svaralternativa på teamtypeindeks, viser at fleirtalet i siste fokusgruppe meiner at deira teamleiar fungerer som ein vegleiar. Teamleiar sjølv oppfatter seg som ein tradisjonell sjef. Dette kan tyde på at denne teamleiaren evner å balansere mellom dei to strategiane. Når det med ein spøkefull undertone blir sagt at ho til og med er i stand til å leie ein lege, kan også dette kreditterast denne teamleiaren sin balansekunst.

6 Avsluttande kommentarar

Denne oppgåva representerer ikkje noko djupdykk langs kunnskapens isfjell, for å bruke Haldin–Herrgård sin metafor. Eg har halde meg nær vassoverflata, der kunnskap lar seg ordsette dersom tilhøva ligg til rette for det. Mine funn stadfester likevel at praksiskunnskap blir anerkjend som ei viktig kunnskapskjelde i desse 4 rehabiliteringsteama. Både taust og eksplisitt praksiskunnskap blir anerkjend som grunnlag for vurderingar og handlingsval.

Dette bør få følger for opplæring av nyttilsette, ved at opplæringsprogram blir basert på modell-læring. Under føresetnad av at relasjonen mellom teamdeltakarane er prega av tillit, synest teammøta å vere ei god arbeidsform for å dele artikulerbar praksiskunnskap. Det er derimot ikkje gitt at talet på formelle teammøte er avgjerande. Teammøtet treng heller ikkje vere den beste arbeidsforma for å dele slik kunnskap. Kanskje det er like nyttig å prioritere deltaking i andre fagpersonar sine aktivitetar, og å ha felles samtalar med brukar/deltakar?

Å legge til rette for ei teamleiing som har vide nok rammer, synest å vere ein faktor som kan påverke korvidt det tverrfaglege teamet lytter til alle kunnskapsbidrag. Eit team treng likevel ikkje å ha ein fast teamleiar. Det kan også vere eit klokt grep å vise legerolla særleg merksemd, for å skape ei felles forståing for grunnlaget for tenestene, for rollefordeling og maktutøving.

Det er eit uttrykt ønske i alle teama om at arbeidsorganisasjonen tilbyr organisert vegleiing. Slik refleksjon over praksis vil kunne styrke tverrfagleg-kunnskap-i-handling. Kjønnsperspektivet kan her vere ein faktor å ta omsyn til, med tanke på kommunikasjonsform og arbeidsmåte.

Å legge til rette for læring på tvers av dei settingar som teama utgjer, bør vere ei konstruktiv utfordring for rehabiliteringsinstitusjonen. Som arbeidsorganisasjon har denne også eit ansvar for å ivareta teamdeltakarane si arbeidshelse. Kor helsefremmande er den tverrfaglege arbeidsforma når det er samarbeidsvanskar i teamet?

Eg meiner at mine funn har relevans for ambisjonen om å reorientere helse- og rehabiliteringssektoren mot ei tverrfagleg og helsefremmande tilnærming. Det er likevel grunn til å stille spørsmål ved korleis det er for brukar/deltakar/pasient at kunnskap delast i fagmøte der den det gjeld ikkje deltek. Kor myndiggjerande er det at denne stolen står tom under rehabiliteringsteamet sine teammøte? Kan den tverrfaglege arbeidsforma komme i konflikt med empowerment som førande, helsefremmande prinsipp?

Dei tverrfaglege teama er opptekne av å arbeide ut frå eit heilheitleg menneskesyn. I kor stor grad har helse-og rehabiliteringstenester rett til å gripe inn i menneska sine liv med ei holistisk tilnærming som alibi?

For kritisk å vurdere opplevinga av den praksis som rehabiliteringsteamet utøver, vil det vere nyttig å snakke med brukarane av arbeidsretta rehabilitering. Fokusgruppeintervju er eit mogeleg metodeval.

Å gjennomføre eit prøveprosjekt med følgeforskning, der brukar/deltakar/pasient er ein likeverdig deltakar i teammøta, vil også kunne gi nyttig kunnskap om brukarintegreert tverrfagleg samhandling.

For å studere nærare den ikkje-artikulerbare tause kunnskapen, vil det vere interessant å observere korleis fagpersonar utøver sin kroppsleggjorte kunnskap når dei arbeider saman i konkrete situasjonar.

Eg meiner også at det vil vere relevant å snakke med legar, gjerne i fokusgrupper, om korleis legerolla best kan utøvast i eit tverrfagleg teamsamarbeid.

Å samanlikne mannlege og kvinnelege fagpersonar sine opplevingar av kommunikasjonsforma i dei tverrfaglege temamøta, vil på tilsvarande vis kunne gi kunnskap som kan styrke tverrfagleg samhandling.

Referansar

- Aakvaag, G.C. 2008. *Moderne sosiologisk teori*, 1 ed. Oslo, Abstrakt forlag AS.
- Abbott, A. 1988. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, London, The University of Chicago Press.
- Almås, S. H. 2009, "Tverrprofesjonell kapabilitet, sosialisering og helse-og sosialfaglig identitet.," *In Tverrprofesjonelt samarbeid*, E. Willumsen, ed., Oslo: Universitetsforlaget AS, pp. 157-170.
- Antonovsky, A. 1991. *Hälsans mysterium* Stockholm, Natur och Kultur.
- Argyris, C. & Schön, D.A. 1996. *Organizational Learning 2 Theory, Method, and Practice* New York, Addison-Wesley Publishing Cmpany.
- Askheim, O.P. 2012. *Empowerment i helse-og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O.P. & Starrin, B. 2007. *Empowerment i teori og praksis* Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Ausland, L. H. & Vinje, H. F. 2010, "Når det tause får ord på seg. Etske overveielser i et forskningsprosjekt om nærvær," *In Etske utfordringer i praksisnær forskning*, J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. Lyberg, eds., Oslo: Gyldendal Akademisk, pp. 134-152.
- Axelsson, B.L. & Thylefors, I. 2005. *Arbetsgruppens psykologi*, 4 ed. Stockholm, Natur och Kultur.
- Axelsson, S.B. & Axelsson, R. 2009. From territoriality to altrusim in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23, (4) 320-330.
- Bang, S. & Heap, K. 2002. *Skjulte ressurser - om veiledning i grupper*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H.V. & Haugan, N. 2009. Ansatte perspektiver på utvikling av tverrfaglighet i ny sykehusavdeling. *Norsk Tidsskrift for Helseforskning*, 2, 30-45.
- Bronfenbrenner, U. 1979. "Basic Concepts", In *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Harvard University Press, pp16-42.
- Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T.R., & Kasperski, J.M. 2011. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25, 4-10.

- Bråten, S. 1981, "Sosial gruppe og organisasjon," *In Modeller av MENNESKE OG SAMFUNN. Bro mellom teori og erfaring fra sosiologi og sosialpsykologi*, Oslo/Bergen/Tromsø: Universitetsforlaget, pp. 64-108.
- Bråten, S. 1983, "Modellmonopol og informasjonsåpenhet: Systemteoretiske notater om demokratisering," *In Dialogens vilkår i datasamfunnet. Essays om modellmonopol og meningshorisont i organisasjons-og informasjonssammenheng.*, Oslo/Bergen/Stavanger/Tromsø: Universitetsforlaget, pp. 99-113.
- Bråten, S. 2004, "Kommunikasjon, følelser og konflikt på ulike arenaer," *In Kommunikasjon og samspill - fra fødsel til alderdom*, Oslo: Universitetsforlaget AS, pp. 111-207.
- Chartier, M.J., Walker, J.R., & Naimark, B. 2010. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health care utilization. *Child Abuse and Neglect*, Jun;34 (6), 454-464.
- Christoffersen, S. Aa. 2005, "Profesjoner og profesjonsetikk-hva er det?," *In Profesjonsetikk*, S. Aa. Christoffersen, ed., Oslo: Universitetsforlaget.
- Coombs, M. 2003. Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 125-135.
- D'Amour, D. & Oandasan, I. 2005. Interprofessionality as the field of Interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, May 2005, (Supplement 1) 8-20.
- Delva, D., Jamieson, M., & Lemieux, M. 2008. Team effectiveness in academic primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 22, (6) 598-611.
- Dooris, M. 2006. Healthy settings: Challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21, (1) 55-65.
- Dreyfus, H.L.&D.S.E. 1986. *Mind over machine: the power of human intuition and experience in the age of computers* New York, Free Press.
- Dreyfus, H. L. & D. S. E. 2009, "The Relationship of Theory and Practice in the Acquisition of Skill," *In Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment & Ethics*, P. Benner, C. A. Tanner, & C. A. Chesla, eds., New York: Springer Publishing Company, pp. 1-23.
- Duggleby, W. 2005. What About Focus Group Interaction Data? *Qualitative Health Research* (15) 832-839.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, (1) 107-115

Erichsen, V. 1996, "Profesjonenes forhold til hverandre," *In Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, V. Erichsen, ed., Oslo: Tano Aschehoug, pp. 39-57.

Eriksen, E.O. 2001. *Demokratiets sorte hull - om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten* Oslo, Abstrakt forlag.

Fagrådet for AiR-Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. *Kvalitetsmål for forløp innenfor arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*.

http://www.arbeidoghelse.no/Kvalitetsm%C3%A5l_ARR . 2011. 18-9-0011. Ref Type: Electronic Citation

Fangen, K. 2004. *Deltagende observasjon* Bergen, Fagbokforlaget.

Fangen, K. Kvalitativ metode. <http://www.etikk.no/no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/> . 7-1-2010. 26-2-0012. Ref Type: Online Source

Fauske, H. 2008, "Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål," *In Profesjonsstudier*, A. Molander & L. I. Terum, eds., Oslo: Universitetsforlaget, pp. 29-53.

Freidson, E. 2001. *Professionalism: the third logic* Cambridge, Polity Press.

Gair, G. & Hartery, T. 2001. Medical dominance in multidisciplinary teamwork: a case study of discharge decision-making in a geriatric assessment unit. *Journal of Nursing Management*, 9, 3-11.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Grensjö, B. 2003, *Pedagogik i arbetslivet: Tysta, tystnande och tystade kunskaper*, Pedagogiska Institutionen, Umeå universitet, Umeå, 71.

Grimen, H. 2008, "Profesjon og kunnskap," *In Profesjonsstudier*, A. Molander & L. I. Terum, eds., Oslo: Universitetsforlaget, pp. 71-86.

Grimen, H. 2009, "Debatten om evidensbasering - noen utfordringer," *In Evidensbasert profesjonsutøvelse*, H. Grimen & L. I. Terum, eds., Oslo: Abstrakt forlag AS, pp. 191-221.

Habermas, J. 1999, "Handling, talehandling, språklig formidlet samhandling og livsverden," *In Kraften i de bedre argumenter*, Oslo: Ad Notam Gyldendal, pp. 137-171.

Haldin-Herrgård, T. 2004. *Hur höra tyst kunskap? Utveckling av en metod för studier av tyst kunskande*. Svenska handelshögskolan.

Halkier, B. 2010. *Fokusgrupper* Oslo, Gyldendal Akademisk.

Hall, P. 2005. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, May 2005, (Supplement 1) 188-196.

Halvorsen, A. 2009, "Praktikerforskning - legitim og nyttig bidrag i kunnskapsutvikling," *In Å forske blant sine egne. Universitet og region - nærhet og uavhengighet*, H. C. G. Johnsen, A. Halvorsen, & P. Repstad, eds., Kristiansand: Høyskoleforlaget, pp. 109-126.

Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding 21 Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037> .14-8-0012.Ref Type: Online Source

Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal.
<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20001221-1385.html> . 2000. 1-10-0012.Ref Type: Online Source

Helse og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/sok.html?quicksearch=Samhandlingsreformen&id=86900> . 2012. 1-10-0012.Ref Type: Online Source

Hummelvoll, J. K. 2010, "Praksisnær forskningsetikk," *In Ethiske utfordringer i praksisnær forskning*, 1 ed. J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. Lyberg, eds., Oslo: Gyldendal Akademisk, pp. 17-31.

Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E. 2001. Coping with everyday reality: Mental health professionals' reflections on the care provided in an acute psychiatric ward. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* (10) 156-166

Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E. 2002. Nursing staffs' perceptions of suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 38, (4) 416-424.

Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E. 2005. Researchers' experience of co-operative inquiry in acute mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 52, (2) 180-188

Jakobsson, B., Schüldt Håard, U., Bergroth, A., Selander, J., & Ekholm, J. 2002. Improved cooperation in vocational rehabilitation with systematic rehabilitation group meetings. *Disability and Rehabilitation*, 24, (14) 734-740.

Kinsella, E.A. 2007. Embodied Reflection and the Epistemology of Reflective Practice. *Journal of Philosophy of Education*, 41, (3) 395-409.

Kirkengen, A.L. 2009. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*, 2 ed. Oslo, Universitetsforlaget.

Kristiansen, S. & Krogstrup, H.K. 1999. *Deltagende observasjon* København, Hans Reitzels Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju* Oslo, Gyldendal Akademisk.

- Kvarnström, S. 2009, "Samarbeid og læring i det tverrprofesjonelle teamet," *In Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*, E. Willumsen, ed., Oslo: Universitetsforlaget, pp. 88-102.
- Kvarnström, S. 2011. *Collaboration in Health and Social Care. Service User Participation and Teamwork in Interprofessional Clinical Microsystems*. School of Health Sciences Jönköping.
- Kvarnström, S. 2008. Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22, (2) 191-203
- Lanius, R.A., Vermetten, E., & Pain, C. 2010. *The impact of life trauma on health and disease: the hidden epidemic* Cambridge, Cambridge University Press.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. 2004. *Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi*, 2 ed. Oslo, Universitetsforlaget.
- Laverack, G. 2004, "Power transformation and Health Promotion Practice," *In Health Promotion Practice. Power and Empowerment*, London: Sage Publications.
- Leer-Salvesen, P. 2009, "Moderne prester - ved en av dem," *In Å forske blant sine egne. Universitet og region - nærhet og uavhengighet*, H. C. G. Johnsen, A. Halvorsen, & P. Repstad, eds., Kristiansand: Høyskoleforlaget, pp. 197-206.
- Malterud, K. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, 2 ed. Oslo, Universitetsforlaget.
- Marková, I., Linell, P., Grossen, M., & Orvig, A.S. 2007. *Dialogue in Focus Groups. Exploring Socially Shared Knowledge* London, Oakville, Equinox.
- Martín-Rodríguez, L.S., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. 2005. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, May 2005, (Supplement 1) 132-147.
- Martinsen, K. 2005. *Samtalen, skjønnnet og evidensen* Oslo, Akribe as.
- Martinsen, K. & Boge, J. 2004. Kunnskapshierarkiet. *Sykepleien*, 92, (13) 58-61.
- Milburn, P.C. & Colyer, H. 2008. Professional knowledge and interprofessional practice. *Radiography*, 14, (4) 318-322.
- Molander, A., Grimen, H., & Eriksen, E.O. 2012. Professional Discretion and Accountability in the Welfare State. *Journal of Applied Philosophy*, 39, (3) 214-230
- Molander, B. 1996. *Kunskap i handling* Göteborg, Daidalos.

Morgan, D. L. & Krueger, R. A. 1993, "When to Use Focus Groups and Why," *In Successful Focus Groups*, D. L. Morgan, ed., Sage, pp. 3-19.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Nettkurset www.kunnskapsbasertpraksis.no. <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/> . 2012. 28-9-0012. Ref Type: Online Source

Nonaka, I. & Konno, N. 1998. The concept of "ba": Building a foundation for knowledge creation. *California Management Review*, 40, (3) 40-54.

Nonaka, I., Toyama, R., & Konno, N. 2000. SECI, Ba and Leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. *Long Range Planning*, 33, (1) 5-34

Nortvedt, P. & Grimen, H. 2004, "Indeksert kunnskap - den praktiske kunnskapens problem," *In Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*, 1 ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, pp. 165-190.

Olesen, J. 2009. Teamsamarbejds betydninger for rehabiliteringsprosessen. *Fysioterapeuten* (1) 19-26.

Paulgaard, G. 1997, "Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler," *In Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*, E. Fossåskaret, O. L. Fuglestad, & T. H. Aase, eds., Oslo: Universitetsforlaget, pp. 70-90.

Pettersen, K.-S. & Simonsen, E. 2010. *Anerkjennelse og profesjon*, 1 ed. Oslo, Cappelen Damm AS.

Poland, B.D., Green, L.W., & Rootman, I. 2000. *Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice* Thousand Oaks/London/New Dehli, Sage.

Polanyi, M. 1967. *The tacit dimension* London, Routledge and Kegan Paul.

Postholm, M.B. 2005. *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* Oslo, Universitetsforlaget.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. 2010. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, 1 ed. Oxford, Wiley-Blackwell.

Repstad, P. 2004, "Fra nærhet til distanse," *In Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretalig samarbeid i teori og praksis*, 2 ed. P. Repstad, ed., Oslo: Universitetsforlaget, pp. 234-253.

Schofield, R.F. & Amodeo, M. 1999. Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? *Health & Social Work*, 24, (3) 210-219

Schön, D.A. 2001. *Den reflekterende praktiker: hvordan professionelle tenker, når de arbejder*. Århus, Klim.

Seal, D.W., Bogart, L.M., & Ehrhardt, A.A. 1998. Small Group Dynamics: The Utility of Focus Group Discussions as a Research Method. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 2, (4) 253-266.

Simonsen, B. 2009, "Er det ikke egentlig det du mener? Farer som truer den etnografiske forskeren.," In *Å forske blant sine egne. Universitet og region - nærhet og uavhengighet.*, H. C. G. Johnsen, A. Halvorsen, & P. Repstad, eds., Kristiansand: Høyskoleforlaget, pp. 208-213.

Sirnes, T. 2009, "Ledelse av tverrprofesjonell virksomhet," In *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*, E. Willumsen, ed., pp. 116-127.

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. 2009, "Assessing validity," In *Interprative Phenomenological Analysis*, Los Angeles/ London/ New Dehli/ Singapore/ Washington DC: Sage, pp. 179-185.

Solvoll, B.-A. & Sagen, A. 2010, "Forskningsmoraliske utfordringer ved feltmetodisk arbeid i egen organisasjon," In *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*, 1 ed. J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. Lyberg, eds., Oslo: Gyldendal Akademisk, pp. 77-89.

Stacey, D., Lègare, F., Pouliot, S., Kryworuchko, J., & Dunn, S. 2010. Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: A theory analysis. *Patient Education and Counseling*, 80, 164-172.

Stang, I. 2003, "Bemyndigelse : en innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten.," In *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?*, H. A. Hauge & M. Mittelmark, eds., Bergen: Fagbokforlaget, pp. 141-161.

ten Have, P. 2007, "Analytic Strategies," In *Doing Conversation Analysis. A Practical Guide*, 2 ed. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE Publications, pp. 119-143.

Thorogood, N. 2002, "What is the relevance of sociology for health promotion?," In *Health Promotion: Disciplines, diversity and development.*, R. Bunton & G. Macdonald, eds., London: Routledge, pp. 53-79.

Thylefors, I. 2008. *Lederskab i velfærdsorganisationer* København, Hans Reitzels Forlag.

Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. 2005. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19, (2) 102-114.

Tones, K. & Green, J. 2004. *Health Promotion. Planning and Strategies* London, Sage Publications.

Tønnsberg K. 2009, "Etiske dilemmaer ved forskning på sine egne kolleger," *In Å forske blant sine egne. Universitet og region - nærhet og uavhengighet.*, H. C. G. Johnsen, A. Halvorsen, & P. Repstad, eds., Kristiansand: Høyskoleforlaget, pp. 268-282.

Vangen, S. & Huxham, C. 2003. Nurturing collaborative relations: Building trust in interorganizational collaboration. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39, (1) 5-27.

Vangen, S. & Huxham, C. 2009, "En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi," *In Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*, E. Willumsen, ed., Oslo: Universitetsforlaget, pp. 67-85.

Wadel, C. 1991. *Feltarbeid i egen kultur* Flekkefjord, SEEK A/S.

WHO. Ottawacharter for health promotion.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> . 1986. 13-1-0012. Ref Type: Electronic Citation

WHO Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice 2010, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, Geneva.

Wibeck, V., Dahlgren, M.A., & Öberg, G. 2007. Learning in focus groups: an analytic dimension for enhancing focus group research. *Qualitative Research* (7) 249-266.

Widerberg, K. 2001. *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt* Oslo, Universitetsforlaget.

Willumsen, E. 2009, "Tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse," *In Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*, E. Willumsen, ed., Oslo: Universitetsforlaget, pp. 129-139.

Xyrichis, A. & Ream, E. 2008. Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61, (2) 232-241.

Xyrichis, A. & Lowton, K. 2008. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, (1) 140-153.

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. 2009. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, 1-30.

Ødegård, A. og Strype, & J 2009. Perceptions of interprofessional collaboration within childmental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 23, (3) 1-11.

Åhgren, B. 2009, "Evaluerings av tverrprofesjonelt samarbeid relatert til klinisk integrering," *In Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*, E. Willumsen, ed., Oslo: Universitetsforlaget, pp. 141-154.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tankekart. Jobbprosjekt og masterprosjekt

Vedlegg 2: Informasjonsskriv jobbprosjekt

Vedlegg 3a-b: Intervjumal og ufullstendige setningar jobbprosjekt

Vedlegg 4: Spørreskjema bakgrunnsdata

Vedlegg 5a-b: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring masterprosjekt

Vedlegg 6: Feltnotat frå observasjon av teammøte

Vedlegg 7: Intervjumal med epitomkort

Vedlegg 8a-b-c: Tilbakemelding frå Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vedlegg 9: Transkripsjon med episodemarkering

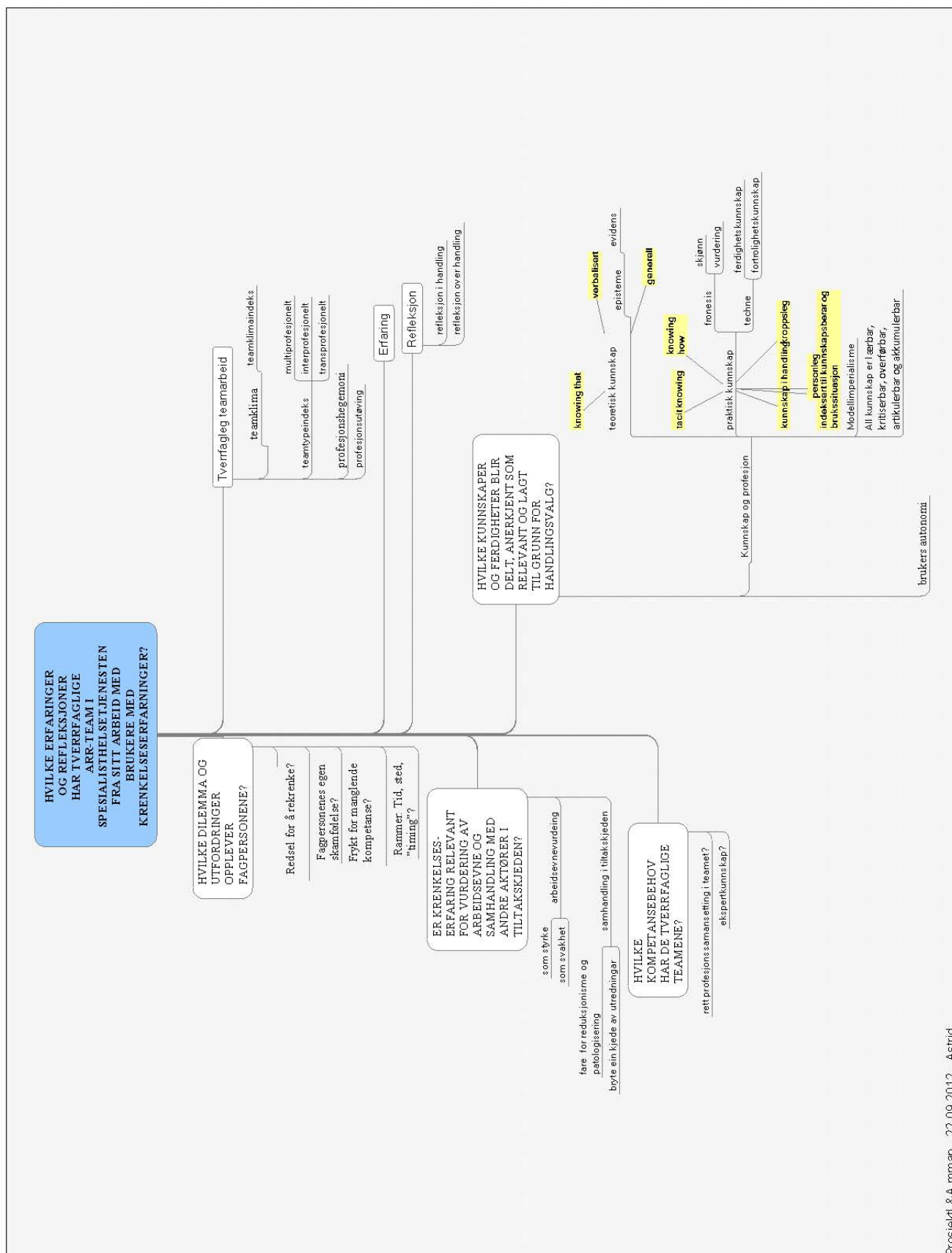
Vedlegg 10: Matrise med episodar

Vedlegg 11a-b-c: Kode-kategori-tema

Vedlegg 12: Matrise bakgrunnsdata

Vedlegg1 Tankekart

Jobbprosjekt og masterprosjekt



Vedlegg 2 Informasjonsskriv jobbprosjekt

Forespørsel om å delta i prosjektet ”Brukere av arbeidsrettet rehabilitering med krenkelseserfaringer: hva er god praksis?”

Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering vil nå gjennomføre et prosjekt for å øke kunnskapen om hvordan vi innen arbeidsretta rehabilitering i spesialisthelsetjenesten best kan ivareta brukere med opplevde krenkelseserfaringer. Hensikten med prosjektet er å samle fagpersoners erfaringer fra og refleksjoner om praksis knyttet til denne tematikken. Vi ønsker å identifisere kompetansebehov, dilemma og utfordringer- både under rehabiliteringstiltaket og ved evt lokal oppfølging i etterkant.

Forskning viser at det er sammenhenger mellom krenkelseserfaringer¹, helse, arbeidsevne og arbeidsdeltakelse. Erfaringer fra fagpersoner som deltok på læringsarenaen ARR Åpen Arena 2011, bekrefter at dette er et aktuelt tema for vårt fagfelt.

Vi planlegger derfor å gjøre fokusgruppe-intervju av tverrfaglige team ved ulike ARR-institusjoner innen spesialisthelsetjenesten. Fokusgruppene, som vil bli ledet av undertegnede (Linn Saga Jørgenvik og Astrid Kvaal), blir gjennomført som gruppesamtaler der deltakerne snakker sammen om prosjektets tema. Formålet er å få fram ulike meninger, oppfatninger og erfaringer.

Å delta i prosjektet innebærer at hele fagtemaet er med på fokusgruppeintervjuet og at hver enkelt etterpå fyller ut et kort spørreskjema. Intervjuet vil vare i ca 1,5 time, og blir tatt opp på lydbånd. Utfylling av spørreskjemaet vil ta ca 10 minutter. Det kan også være at vi på et senere tidspunkt vil be om å få gjøre enkelte individuelle intervju av noen av teammedlemmene. I så fall vil vi komme med en ny forespørsel om dette.

Vi er underlagt taushetsplikt, og alle opplysninger vil bli behandlet og oppbevart konfidensielt. Personidentifiserbare opplysninger er kun tilgjengelig for oss. Under utskrift av lydbåndopptaket vil dataene bli aidentifisert slik at verken personer eller institusjoner kan gjenkjennes. Prosjektet blir avsluttet ved utgangen av 2012, og lydbåndene og personidentifiserbare opplysninger slettes da.

Datamaterialet vil bli presentert for ARR-fagfeltet på egnete formidlingsarenaer i vårt faglige nettverk, samt danne grunnlag for en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift og en masteroppgave i Helsefremmende arbeid ved Høyskolen i Vestfold.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen eller i etterkant av intervjuet, kan du ta kontakt med oss på adressen under:

Med vennlig hilsen

Linn Saga Jørgenvik og Astrid Kvaal
Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering
Haddlandsvegen 20, 3864 Rauland, Tlf: 35062800
e-post: linn.joergenvik@air.no eller astrid.kvaal@air.no

¹ Krenkelseserfaring kan for eksempel være å vokse opp med foreldre som misbruker alkohol/andre rusmidler, være vitne til vold i nære relasjoner, selv bli utsatt for verbal eller fysisk vold, seksuelle overgrep, omsorgssvikt.

Vedlegg 3a Intervjugal jobbprosjekt (s1)

Forskningsspørsmål	INTERVJUSPØRSMÅL Oppfølgingsspørsmål Ufullstendige setninger (2b). Runde (Hva dukket opp når fylte ut setningene?). Skrive på flip-over.
HVIKE KUNNSKAPER OG FERDIGHETER BLIR DELT, ANERKJENT SOM RELEVANT OG LAGT TIL GRUNN FOR HANDLINGSVALG?	<p>Tenker dere at det er relevant å etterspørre krenkelseserfaringer hos deres ARR-brukere?</p> <p>Kan dere huske en situasjon eller historie der dere som team opplevde å møte brukerens krenkelseserfaringer på en god måte? (etterspørre situasjon der teamet opplevde å IKKE håndtere godt)</p> <p>Hva kjennetegnet denne situasjonen?</p> <p>Hva var din intuitive reaksjon på det du fikk vite?</p> <p>Hva er viktig for bruker/deltaker/pasient/klient i slike møter?</p> <p>Er krenkelseserfaringer et tema som blir tatt opp på teammøtene?</p> <p>Opplevtes det som relevant å ta opp brukers krenkelseserfaringer i teamet? (Utdype dette)</p> <p>Er det noe som kan være til hinder for å ta opp slike tema i teamet?</p> <p>Hva tenker dere andre - er dette som legen (evt idrettspedagog/sykepleier...) nå forteller relevant for dere andre i teamet sitt arbeid?</p> <p>Er det spesielle tegn/ting som gjør at dere tenker at en bruker kan ha slike erfaringer? (la alle få si noe/bli spurt)</p>

Vedlegg 3a Intervjugal jobbprosjekt (s2)

<p>HVILKE DILEMMA OG UTFORDRINGER OPPLEVER FAGPERSONENE?</p>	<p>Vi har hittil intervjuet ARR-team som tilbyr døgnopphold. Dere gir et dagtilbud. Tror dere forskjellen på dag/døgn har betydning for om temaet krenkelseserfaringer blir tatt opp? (kun siste intervju)</p> <p>Hva skal til for at du/dere tar opp temaet krenkelseserfaring med brukeren?</p> <p>I hvilke situasjoner har dere erfaring for at bruker/deltaker/pasient selv tar opp tema?</p> <p>Hva kan gjøre det vanskelig å ta opp tema? (Hvis skam nevnes: "kan det være forbundet med skam for oss som fagpersoner også"?)</p> <p>Kan du huske en situasjon der du/dere lot være å spørre? Kan du beskrive hvordan "magefølelsen" din var i denne situasjonen?</p> <p>Hva opplevde dere andre i møte med denne brukeren? Hva tenker dere om denne situasjonen nå i ettertid?</p> <p>Snakker dere om slike situasjoner/dilemma på teamet?</p> <p>Er det andre krenkelser det er vanskelig å spørre om/dere (velger) å ikke spørre om?</p>
<p>ER KRENKELSESERFARING RELEVANT FOR VURDERING AV ARBEIDSEVNE OG SAMHANDLING MED ANDRE AKTØRER I TILTAKSJEDEN?</p>	<p>Har dere erfaring fra at krenkelser er blitt etterspurt for oppholdet/at det er satt i sammenheng med brukers plager?</p> <p>Opplever dere krenkelseserfaringer som et relevant tema ift arbeidsevne? Evt på hvilken måte? Kan krenkelseserfaringer både være en styrke/svakhet?</p> <p>Når bruker reiser fra dere, er krenkelseserfaring relevant å vite om for de som skal følge opp etter ARR-oppholdet?</p>
<p>HVILKE KOMPETANSEBEHOV HAR DE TVERRFAGLIGE TEAMENE?</p>	<p>Hvilke kunnskaper og ferdigheter tenker dere at dere som fagpersonar og som team trenger for å ivareta brukere med krenkelseserfaringer?</p> <p>Dersom dere skulle ønske mer kunnskap eller ferdigheter for å møte brukere/deltakere med krenkelseserfaringer så måtte det være.....?</p>

HUSK: etterspør om det er andre som tenker helt annerledes? Avslutning: Er det noe vi har glemt?? Er det noe annet som er viktig som dere ikke har fått sagt/snakket om? Hvordan har dere opplevd å delta i samtalen? Igjen oppfordre til å ikke referere andre sine meninger fra samtalen.

Vedlegg 3b Ufullstendige setninger. Jobbprosjekt

Som en start på denne gruppesamtalen (fokusgruppe-intervjuet) ber vi deg om å fylle ut setningene under så spontant som mulig (vi vil ikke samle inn arket etterpå).

Med begrepet "krenkelseserfaring" (før fylte 18 år) forstår jeg.....
.....
.....
.....

Når jeg hører ordet "krenkelseserfaring" så.....
.....
.....

Hvis en bruker/pasient/klient/deltaker skulle fortelle meg om en krenkelseserfaring så.....
.....
.....
...

Vedlegg 4 Spørreskjema bakgrunnsdata (s1)

Som en hjelp til å analysere dataene fra fokusgruppen ber vi om at du fyller ut dette skjemaet.

1. Kjønn:
2. Alder:
3. Utdanningsbakgrunn:
4. Hvor lenge har du jobbet i ditt yrke?
5. Hvilken fagrolle har du i teamet?
6. Hvor lenge har du jobbet med arbeidsrettet rehabilitering?
7. Hvor lenge har du jobbet på denne arbeidsplassen?
8. Hvor lenge har du jobbet i dette teamet?

I hver av de 6 "boksene" under er det tre utsagn. Hvilke av utsagnene passer best som beskrivelse for ditt team? Kryss bare av for ett utsagn i hver boks.

	Teamrollene er spesialiserte og hver og en tar seg av sine egne oppgaver
	Teamrollene er spesialiserte, men alle må underveis samarbeide med de andre i teamet
	Selv om teamrollene er spesialiserte må alle også være innstilt på å erstatte hverandre når det er nødvendig

	Arbeidsoppgavene våre blir vanligvis utført i en bestemt rekkefølge
	Arbeidsoppgavene våre er dels avhengige av hverandre og må derfor samordnes
	Både vi som teammedlemmer og arbeidsoppgavene våre er gjensidig avhengige av hverandre

	Koordinering av teamarbeidet er styrt etter standardiserte rutiner
	Alle i teamet må aktivt samarbeide og samordne sin innsats med de andre
	Samarbeidet blir oppnådd gjennom direkte og tett samhandling, fleksibilitet og improvisasjon

	Arbeidet utføres av medarbeidere med spesiell utdanning og kompetanse. Alle har tydelig definerte oppgaver som ikke griper inn i hverandres
	Alle i teamet må være innstilt på å tilpasse seg den aktuelle oppgaven
	Alle i teamet må være innstilt på å tilpasse seg etter hverandres styrker eller svakheter

	Teamlederen fungerer som en tradisjonell sjef
	Teamlederen fungerer som en veileder
	Ledelse av teamet avgjøres i stor grad ut fra den aktuelle situasjonen; gruppa er selvstyrt

	"Gjør jobben din på en god måte"
	"Gjør jobben din og samarbeid på en god måte"
	"Gjør jobben din i samarbeid med andre og vær innstilt på stadige tilpasninger"

Vedlegg 4 Spørreskjema bakgrunnsdata (s2)

Du kan kjenne deg igjen eller ikke kjenne deg igjen i påstandene under. Gi hver påstand en gradering mellom 1 og 5 (skriv tallet foran påstanden)

1=Helt uenig 2=Nokså uenig 3=Verken enig eller uenig 4=Nokså enig 5=Helt enig

	Møtene våre bærer preg av at alle kommer til orde
	Møtene våre har en positiv grunnstemning
	Vi arbeider fokusert og vet hva som skal gjøres, av hvem og når
	Vi er gode til å uttrykke oss klart og tydelig
	Vi håndterer motsetninger som oppstår i teamet på en konstruktiv måte
	Vi er gode til å lytte til hverandre
	Møtene våre er preget av fri meningsutveksling
	Vi trives med hverandre i teamet
	Vi etterstreber å ta beslutninger basert på felles forståelse
	Teamet stopper opp med jevne mellomrom for å evaluere vårt eget arbeid
	Vi deltar alle aktivt i teamets diskusjoner
	Våre ulike meninger blir respektert
	Vi deler meninger, kunnskaper og erfaringer med hverandre
	Individuelle bidrag blir oppmuntret i teamet
	Forslag til hvordan ting kan gjøres på andre måter blir ønsket velkommen
	Vi hjelper hverandre for sammen å oppnå gode resultater
	Vi gir ikke opp før en oppgave er løst
	Kritikk blir gitt på en konstruktiv og positiv måte

Vedlegg 5a Informasjonsskriv masterprosjekt

Førespurnad om deltaking i observasjonsstudie og fokusgruppeintervju i samband med masteroppgåve

I samband med masterstudiet i ”Helsefremmende arbeid i settinger” ved Høgskolen i Vestfold held eg no på med den avsluttande masteroppgåva, som har kunnskapsdeling i tverrfaglege rehabiliteringsteam som tema. Eg er særleg oppteken av korleis kunnskap blir delt mellom fagpersonar, og gjennom drøfting i teammøta lagt til grunn for handlingsval i teamet.

For å få ei djupare forståing av den kunnskapsdelinga som føregår i teamet, ønsker eg å delta i teamet sine tverrfaglege møte i ein periode på 4 veker (dvs følge eit rehabiliteringsopphald). Eg vil inneha ei rolle som observatør, og ikkje delta i teamet sine drøftingar. Undervegs vil eg gjere skriftlege notat. Identifiserbare eller sensitive opplysningar om brukarar vil ikkje bli notert. I etterkant vil eg invitere teamet til å delta i ein refleksjonssamtale om tverrfagleg kunnskapsdeling. Samtalen vil bli leia av meg, og vil føregå som eit fokusgruppeintervju der deltakarane snakkar saman om prosjektet sitt tema. Føremålet er å få fram ulike meiningar, oppfatningar og erfaringar. Fokusgruppa vil vare i ca 1.5 time og vil bli tatt opp på lydband.

Som tidlegare opplyst, vil eg også bruke deler av datamaterialet frå prosjektet ”Brukere av arbeidsrettet rehabilitering med krenkelseserfaringer- hva er god praksis?” i oppgåva. Det vil difor vere ein fordel om eg kan få høve til å følge det teamet som deltok i fokusgruppeintervju i samband med dette prosjektet hausten 2011. Det blei då innhenta bakgrunnsopplysningar ved at kvart teammedlem fylte ut eit kort spørreskjema. Dersom teamsamansetninga er endra sidan i haust, vil eg be om å få innhente desse opplysningane på nytt. Utfylling av spørreskjemaet vil ta ca 10 minutt.

Det er frivillig å delta i dette prosjektet, og deltakarane kan trekke seg når som helst undervegs, utan å måtte grunngje dette. Eg er underlagt teieplikt, og alle opplysningar vil bli handsama og oppbevart konfidensielt. Under utskrift av lydbandopptaket vil alle data bli aidentifisert. Masteroppgåva er planlagt levert seinast desember 2012 og lydband og personidentifiserbare opplysningar blir då sletta. Eg håper å kunne gjennomføre studien seinast i perioden april-mai 2012.

Studien er godkjend av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Har du spørsmål kan du ta kontakt med meg på telefon 90164894 eller via e-post:
astrid.kvaal@air.no. Du kan også kontakte min vegleiar, førstelektor Grete Eide Rønningen
ved Høgskolen i Vestfold på telefon 33031206 eller via e-post Grete.E.Ronningen@hive.no

Venleg helsing

Astrid Kvaal,
Neslandsvegen 263,
3864 Rauland

Vedlegg 5b Samtykkeerklæring masterprosjekt

Samtykkeerklæring:

Eg har fått informasjon om studien om kunnskapsdeling i tverrfaglege rehabiliteringsteam og er villig til å delta

Signatur

Vedlegg 6 Feltnotat frå observasjon av teammøte

Utdrag

Observasjonsnotat (ON) : Beskriving av det som hende, Kven, kva, kvar, når og korleis samhandlinga føregår.

Teoretiske notat (TN): Reflekterte forsøk på å utleie meining frå observasjonsnotata- tolking, slutningar og hypoteser, utleie begrep, sette observasjonar i relasjon til kvarandre

Metodologiske notat (MN): Sjølvinstruksjonar, t.d. validiteten av observasjonsnotat, eigne opplevingar og følelsesinntrykk (Fangen 2004)

IP= Idrettspedagog, L=Lege, PS=Psykolog, TL= Teamleiar (psyk. Sj.pl.), F=Fysioterapeut, AK=Arbeidskosulent

Alle tilstades	Det er andre dag i "inntaket". Tema er observasjonar av dei nye brukarane (lavvotur og bassengtime).
Gjennomgangs- møte.	IP:"Det var ikkje nokon syklubb (på lavvotur)" – "Det virka veldig bra- ikkje sånn som sist då angsten stod ut av pipa (på lavvoen)." Dei andre i teamet synest heilt å forstå kva IP meiner (For meg er uttrykka treffande og gjenkjennelege på den ofte noko spente atmosfæren som kan opplevast i møte med brukargruppa i starten av opphaldet)
Kl 14.30-15.30	Dei går så over til å snakke om dei brukarane som har vore til kartleggande samtaler denne dagen. Teamleiar leiar samtalen på ein strukturert måte og med ein venleg tone. Det er mykje latter og humoristiske kommentarar. Ordet vekslar og responsen til andre sine utsegn kjem raskt.
	F: " Her er det noko gruff"
	L: "Ho har ikkje nokon alvorleg sjukdom , men vil trenge til å komme ut av denne tilstanden"
	IP brukar begrepet "fear avoidance" . PS spør: "Kva meinte du med at ho skulle utfordrast?", noko både IP og F svarar på.
	TL (i ein humoristisk tone) vend til L: "Eg veit jo at legane her jobbar ulikt, men at når du er her blir alle undersøkt" og litt seinare om AK (på ei anerkjennande og humoristisk måte): "Han sit i telefonen heile tida" (Underforsått: Arbeidsinnsatsen hans er stor og han bruker mykje tid til å ringe til aktuelle aktørar som t.d. Nav og arb.givar)
	Det er mykje anerkjenning av kvarandre sine bidrag, både indirekte, ved at det blir gitt respons på det andre seier og direkte som her.
	Dei kastar ball med kvarandre. Raske overgangar. Flyt på ei anerkjennande

	<p>bølge av tillit, openheit og humor.</p> <p>I omtalen av ein annan brukar seier AK: "Ho har tryna som ho sjølv seier". L og PS diskuterer medisinerings som denne brukaren står på.</p> <p>PS refererer frå kartleggingssamtale med annan bruker (diagnose, sjukehistorie m.m.) og får innspel frå L , IP og F i rask rekkefølge.</p> <p>TL (vend til...?) : "Kva tenker du då, som har så mykje erfaring med dette?" (anerkjennande)</p> <p>TL framhevar viktigheten av at alle i teamet har felles haldningar i møte med denne brukaren. PS vender seg til L og føreslår: "Kanskje vi skal snakke med ho saman?"</p> <p>AK til F : " Du som kan få dei falne til å reise seg.." etterfølgd av latter og kommentarar frå dei andre (anerkjenning av F)</p> <p>L er oppteken av at denne brukaren ikkje skal gå glipp av økonomiske mogelegheiter inannfor sjukepengesystemet. I omtalen av ho seier han: "Ho er kanskje litt tander". PS etterspør dei psykososiale behova til denne brukaren, om ho har behov for å bearbeide sorg. Både PS,L, TL, F og IP engasjerer seg i dialogen. Raske temavekslingar frå humor til seriøsitet</p> <p>Eg opplever stemninga som trygg og dynamisk. Dei verkar direkte, pragmatisk innstilt og samstundes empatiske når dei omtalar brukarane.Trass i noko "burleske", og sett utanfrå dels absurde uttrykk og kommentarar, opplever eg ikkje mangel på respekt, men tvert om ein varm undertone og empatisk haldning.</p>
--	--

Vedlegg 7 Intervjugal med epitomkort

Epitom for taus kunnskap:

1. INTUISJON/INTUITIV KUNNSKAP	1b. Å ANE/Å FORNEMME 1c. Å VITE I KROPPEN
2. SUNN FORNUFT	
3. IMPROVISASJON	3b. KREATIVITET
4. ETTERPÅKLOSKAP	
5. (LIVS-) ERFARING	5b. MENNESKEKUNNSKAP
6. RUTINER	6b. TOMMELFINGERREGEL
7. DELTE VERDIAR	7b. GRUPPEFØLELSE
8. PERSPEKTIV	8b. FORHANDLINGSFERDIGHET 8c. SOSIALE FERDIGHETER
9. FELLES SAKSKUNNSKAP	

Hovudspørsmål:

Epitoma settast inn i prikka linje i kvart spørsmål. Kvart uttrykk er skrive opp på eit ark/kort og leggst på bordet når spørsmålet blir stilt. Korta blir liggande på bordet.

1. Kva betyrfor dykk og arbeidet i teamet?
2. Kor viktig er....for sluttresultatet av teamet sitt arbeid?

Avslutning:

Er det noko anna som er viktig som de ikkje har fått sagt/snakka om?

Korleis har de opplevd å delta i denne samtalen/fokusgruppa?

Vedlegg 8a Tilbakemelding frå NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagre gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tlf: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Hans Einar Hem
Fakultet for helsevitenskap
Høgskolen i Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Vår dato: 23.01.2012

Vår ref: 29019 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.12.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 18.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29019	<i>Kunnskapsdeling i tverrfaglige rehabiliteringsteam</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hans Einar Hem</i>
Student	<i>Astrid Marie Kvaal</i>

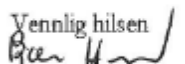
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

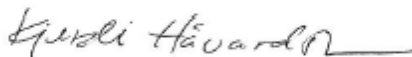
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Astrid Marie Kvaal, Neslandsvg 263, 3864 RAULAND

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: +47-22 85 52 11, nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tlf: +47-73 59 19 07, kjre.svarval@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tlf: +47-77 64 43 35, martin-arnold.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29019

Personvernombudet legger til grunn at ledelsen ved institusjonene klarer prosjektet.

Utvalget består av ansatte som inngår i helsefaglige team der 3 eller flere fagpersoner samarbeider og tilbyr et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram på minimum 3 uker og som har teammøtet som en sentral arbeidsform.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende utformet forutsatt at det tilføyes navn og kontaktopplysninger til veileder (daglig ansvarlig).

Datamaterialet innsamles gjennom fokusgruppeintervju og observasjon av teammøte. Teammøtene omhandler helseopplysninger og vurderinger angående bruker/deltaker/klient av arbeidsrettet rehabilitering. Opplysningene om tredjeperson er ikke relevante for prosjektet og vil ikke bli registrert i feltnotat og det vil heller ikke foretas lyd/bildeopptak under møtene, jf. e-post fra Kvaal den 18.01.12. Personvernombudet forutsetter at taushetsplikten ikke er til hinder for Kvaal sin tilstedeværelse på møtene, og at et eventuelt behov for dispensasjon fra taushetsplikten avklares.

Utvalget inngår allerede i fagutviklingsprosjektet "Brukere av arbeidsrettet rehabilitering (ARR) med krenkelseserfaringer - hva er god praksis?" ledet av Linn Jørgenvik ved AiR Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering. Studenten er prosjektmedarbeider og deler av dette materialet vil inngå i masterprosjektet. Kvaal opplyser at prosjektet er meldt til Datatilsynet.

Prosjektslutt er 15.12.12. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Opptakene og utskrifter slettes/makuleres.

Vedlegg 8c Svar (e-post) frå NSD

Personvernombudet viser til melding fra Astrid Marie Kvaal den

09.09.12 og har registrert at daglig ansvarlig for prosjektet er Grete Eide Rønningen.

Personvernombudet ser at vi per e-post den 18.01.12 ble orientert om at Eide Rønningen var prosjektansvarlig. Ved en inkurie er denne henvendelsen ikke behandlet og besvart. Personvernombudet beklager dette.

--

Vennlig hilsen

Kjersti Håvardstun

Spesialrådgiver

(Special Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Norwegian Social Science Data Services) Personvernombud for forskning Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 29 53

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Faks: (+47) 55 58 96 50

Email: kjersti.havardstun@nsd.uib.no

Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

Vedlegg 9

Transkripsjon med episodemarkering. Utdrag

Å= Åpning (av episode/sekvens). L= Lukking (av episode/sekvens). å = emne som blir introdusert av ein person utan at det blir respondert på, l =lukking av dette "innskutte" emnet

Å IP: Det med erfaring det er jo ..altså, det er jo..du merker jo det med *livserfaring* spesielt og når vi jobber med arbeidsretta rehabilitering som TL var inne på og så AK som har så mykje erfaring og forskjellig erfaring så er jo det ein ..Eg vil jo kjenne på som ein av dei yngste at å gå imot ein sånn (f ler) ..livserfaring, det vil jo vere å gå imot ein sånn ..og då bommer eg verkeleg på mål, men eg kan jo stille spørsmål ved og (*energisk*) det er det opent for på teamet. Det er ikkje sånn at eg er redd for å stille spørsmål ; "nei, no er du heilt på jordet, AK" (*lattermild*) Eg kan ikkje ta den, for då skyt eg meg sjølv i foten

Merknad [ak1]: Livserfaring (som taus kunnskap) har høg status

AK: Det kan du jo! (*Alle ler*) Nei, men eg trur jo at det som eg, eg trur måten du merka rundt bordet, at den enkelte blir lytta på syns eg eigentleg er eit indirekte svar på at vi aksepterar både formell og uformell kunnskap og erfaring og alt saman utan at vi liksom leiter etter eksamenspapir på ting. ..Eh... Det syns eg er gjennomgripande og det trur eg igjen har med , det trur eg, eg kan nok ha opplevd ting litt forskjellig med det at å det har veldig mykje med den strukturen som teamleiar held ved at alle får sleppe til orde, får sleppe til på ein styrt måte, det trur eg har kjempemykje å sei for resultatet for når folk, når du må sitte å figte om og hogge til for å få ordet så sluttar folk å tenke over kva den andre seier slik at det blir så dårleg lytting i settinga der at...og det føler eg er utruleg positivt og når vi då , når det er lagt til rette praktisk eit klima for det, så fungerer det veldig bra, altså. Kjempebra. Du kan ta ta deg tid til å sitte å lytte til IP (*namn*) eller F *namn* eller kven det no er for du veit at okei, din tur kjem og det er det litt sånn..no har ikkje eg så lang erfaring..men det har vore litt variabel erfaring med her for mitt vedkomande

Merknad [ak2]: Struktur som føresetnad for å lytte til kvarandre sin både formelle og uformelle kunnskap

Å F: Du spurte om det av og til kan vere vanskeleg og det syns eg at eg har hatt nokon erfaringar med på team tidlegare, at det kan vere vanskeleg å komme med slik intuitiv kunnskap viss folk er veldig på fakta på bordet AK: ja ..F... det er slik eller slik, så er det ikkje så lett å på ein måte å prøve å opne opp for at det kan vere nokon andre ugler i mosen (*bekreftande lydar*) eller for at vi ser det slik og slik og slik og slik er det. Og då er det ikkje lett for du har på ein måte ikkje noko sånt konkret bevis på eller kan ikkje slå i bordet med at "høyr her" ak nei

Merknad [ak3]: Personlegheit eller fag som avgjerande for om det er aksept for å artikulere taus kunnskap

F: ..for det er berre ein følelse du har så det kjem litt an på kva type personlegheiter som er på teamet også ..

Moderator: Så det handlar kanskje meir om personlegheit enn om ..enn om faggruppe eller ..?

F: Ja, det trur eg

Vedlegg 10 Matrise med episodar

Utdrag (s1)

Episode	Meiningseiningar (episodar)	Kondenserte meiningseiningar	Kodar
4.5	<p>AK: Det er lite gram i forhold til intuitiv kunnskap då, så ..der legg eg i grunnen litt slik for min del, så er mykje basert på intuitiv kunnskap, altså ..eh..det er det eg legg i det..altså at når eg prøver å vurdere brukaren sin situasjon så har jo eg lite ..altså eg har jo ikkje særskild mykje formell teori i botnen. Eg brukar då sjølv veldig mykje intuitiv kunnskap slik som eg føler at det begrepet kan forståast, då..som er basert på erfaring og meir generell menneskekunnskap og så vidare i forskjellige situasjonar. Det er vel det eg legg i begrepet intuitiv kunnskap. Eeh...eg sit jo med ein masse overflødig kunnskap og så sit eg med ein del intuitiv kunnskap. Mest overflødig då (<i>både AK og andre ler</i>)</p>	<p>AK forstår intuitiv kunnskap som erfaringsbasert og som generell menneskekunnskap og seier at dette er viktig kunnskap for han som arbeidskonsulent</p>	<p>Intuitiv kunnskap blir forstått som erfaringsbasert menneskekunnskap og anerkjend som viktig kunnskap for arbeidet som arbeidskonsulent</p>
4.6	<p>TL: Og så tenker eg dette med intuisjon skråstrekk magefølelse som dei sa til å begynne med nokon her, det at vi har vore i ein situasjon som liknar, for. Eg tenker ein del gonger at vi fangar opp, og det gjeld ikkje berre meg, men teamet som heilheit, at vi fangar opp for eksempel krenkelseserfaringar. Ikkje fordi at det står nokon stad at vi skal spørre om det ,men eg opplever at vi spør veldig lurt og veldig riktig mange gonger og då lurar eg på om vi bruker den der intuitive kunnskapen vår, både i forhold til krenkelser og i forhold til alkoholmisbruk. ..som to same eksempel der vi kanskje værur eit eller anna , at her ligg det noko. Og du kjem jo ofte med innspel IP som gjer at vi.. eller F for den sak skuld, som gjer at vi kan gå vidare på det. AK Ja TL: Så noko er intuisjon og noko er basert på fagleg kunnskap. Det er vel ei samanblanding av begge deler</p> <p>AK: Det blir jo det.</p>	<p>TL brukar ordet <i>magefølelse</i> og det å "være" eit eller anna som synonym for <i>intuitiv kunnskap</i> og meiner at teamet ofte brukar slik kunnskap for å fange opp krenkingserfaringar og alkoholmisbruk. Ho fortel at IP og F ofte kjem med slike innspel som andre i teamet kan følge opp. Ho meiner at teamet brukar intuisjon og fagleg kunnskap samstundes</p>	<p>Taus kunnskap komplementerer fagkunnskap (t.d for å fange opp alkoholmisbruk og krenkingserfaringar) som grunnlag for vurderingar og handlingar</p> <p>Teamet brukar intuisjon og fagleg kunnskap samstundes</p> <p>Referanse til andre fagpersonar</p>

Vedlegg 10 Matrise med episodar

Utdrag (s2)

4.7	<p>PS : Og så tenker eg på når du har det brukaren seier så er det reint konkrete rasjonelle du kjem ut med, men så er det noko anna du kjenner på, på litt meir sånn underbevissthetsnivå tenker eg, i forhold til at du kjenner på at det stemmer ikkje heilt eller, at det er noko du får ei fornemning av at det er noko som ikkje er ...eg tenker litt på han , .<i>(fleire stemmer)</i>Eg tenker på slutten med V . Hugser du på slutten at du var heilt sånn åhh...AK: Ja</p> <p>PS: ..eg trur ikkje ...du hadde ei fornemning der at sånn ...du kjende på at noko ikkje stemte. Vi andre i teamet var på ein litt aman stad eller vi jobba med litt andre ting</p> <p>TL: Ja det hugser eg</p> <p>IP: Og det har jo med forskjellen å gjere på kva som blir sagt i samtale ein til ein og kva du faktisk viser ute i miljøet, då.. ps Ja, ikkje sant IP ...for eg sat jo med kunnskapen som de andre hadde brakt tilbake til teamet frå kva den personen har fortalt i samtaler og kva målet er og det passar ikkje inn i det han viser og korleis han framstår i miljøet AK Nei</p>	<p>PS brukar orda <i>fornemning</i> og <i>at det ikkje stemmer heilt</i> som annan kunnskap enn den rasjonelle og nevner eit døme der IP sine observasjonar skilde seg frå inntrykka til dei andre i teamet. AK og TL stadfestar dette</p>	<p>Taus kunnskap er ikkje rasjonell og det verdsettast at teannmedlemmer oppfattar ulikt</p>
-----	--	--	--

Vedlegg 11a Kode-kategori-tema 1

Utdrag

Tema 1	Artikulering og anerkjennning av taus praksiskunnskap	
Kategori	Uttrykk for taus praksiskunnskap	Praksiskunnskap blir anerkjend
Underkategori	Metaforar	Undrande ord /uttrykk
Kodar	"Å romme"	"Å føle"
	"heile dama flyt ut"	" Å sense"
	"ho blei kjeivhendt"	"Vi begynner å ane"
	"å ha samklang med"	"Det vi ikkje får tak i"
	"eg opplevde ein vegg som eg ikkje skulle gå forbi"	"å romme" blir definert som å vere lyttande og utforskande.
	"det kjem inn bakvegen"	"å lytte"
		"eg fekk det ikkje heilt til å stemme"
		Refleksjon over kunnskapsformer Episoder: 1.12 +1.13 +1.19 + 1.26
		Å artikulere og dele taus kunnskap aukar teamet si felles forståing Episode: 1.3
		"Vi begynner å ane" som uttrykk for felles taus kunnskap Episode: 1.22
		Taus kunnskap brukast i den augneblinken det skjer Episode: 1.2 + 1.7 + 1.11
		Å bruke taus praksiskunnskap er knytt til rett "timing" og til tvil Episode: 1.19
		Å kombinere intuitiv og fagleg kunnskap Episode: 1.14
		Å ikkje ha (fag-)kunnskap gjer at ein vågar meir Episode: 1.19
		Praksiskunnskap blir anerkjend som relevant kunnskap Episode: 1.17
		Praksiskunnskap utløyser tvil om kva som er rett handling Episode: 1.26

Utdrag

Tema 2 Tillit som foresetnad for tverrfagleg samarbeid og deling av taus og eksplisitt praksiskunnskap								
Kategori	Viser anerkjennning	Viser seg sårbar	Delte verdier og fordeling av makt			Mangel på tillit?		
Underkategori			Komplementære roller og kompetanse	Felles verdier	Modellmakt?	Humor	Dilemma mellom å dele informasjon og å ivareta brukarintegritet	Tvil til andre si faglege eller menneskelege kompetanse
Kodar	Gir kvarandre respons 1.2 Interesse for andre sine observasjonar (kompetanse) 1.4 TL vektlegg sine observasjonar 1.5 Referanse til andre i teamet 1.9	Usenje blir uttrykt 1.10 Usenje opplevst vanskeleg og utloyster tvil om eigen tause kunnskap 1.11 Snakkar opent om eigen usikkerheit 1.17	Komplementær kompetanse blir verdsett 1.8 Markering av revir, ønske om anerkjening (eller god hukommelse)?1.1 Manglande rolleavklaring 1.31	Felles haldning (til å møte brukaren sine erfaringar) som premiss for kunnskapsdeling 1.9 Gjensidig forståing mellom medlemmene i teamet 1.2	Legen sitt hegemoni blir utfordra? 1.31 Kamp om modellmakt- (men ikkje oppheving av denne) 1.31	Humor løysar opp spent stemning 1.7	Skepsis til å dele all informasjon med teamet (for å ivareta brukarene sin integritet)1.6 Ivaretaking av brukaren sin integritet er viktigare enn å dele informasjon i teamet 1.8	Legen har ikkje tillit til at teamet har nok kompetanse 1.7 Utrygghet mellom teammedlemmer (og brukar) kan hindre at taus kunnskap blir diskutert i teamet 1.7 Mistillit til teamet eller realitetserkjenning? 1.10

Vedlegg 11c Kode–kategori-tema 3

Utdrag

Tema 3	Organisering og struktur som foresetnad for tverrfagleg samarbeid og deling av taus og eksplisitt praksiskunnskap	
	Teamorganisering og møtestruktur	Verdien av organisert vegleiing
Under-kategori		
Kodar		
		Ønske om bedre kommunikasjon i teamet 1.27
		Å reflektere saman over felles praksis blir verdsett 1.30
	Felles teamkontor gjer det lett å diskutere med kolleger 2.11	Å reflektere over praksis er lærerikt og styrkar teamet sin beredskap 2.13
	Fleksibel teamorganisering (miniteam) 3.5	Det oppleves nyttig å reflektere over egen praksis 3.13
	Kunnskapsformidling mellom erfarne og nyttilsette foregår gjennom uformell læring 3.22	Det er bevisstgjeringe å reflektere over eigen praksis 3.15
	Samarbeid over tid, struktur og open deling og usemje har betydning for tverrfagleg arbeid 4.1	(intern) veiledning blir prioritert og er under planlegging 3.23
	God møtestruktur bidreg til at uformell (taus) kunnskap blir anerkjend 4.21	Ekstern veiledning som beredskap ved utfordringar i teamsamarbeidet 4.18
	Strukturelle forhold er viktig for å etablere nye team 4.15	Ønske om ein brukarfri dag mellom inntak for å reflektere over eigen praksis 4.27
	Taus, intuitiv kunnskap blir best formidla gjennom modell-læring og bidreg til å skape godt teamarbeid t ved nyttilsetting (Taus tverrfagleg kunnskap) 4.29	Å reflektere over eigen praksis blir sett på som viktig for arbeidshelsa 4.28
	Er det helsefremmande å jobbe tverrfagleg? 4.28	Det er bevisstgjeringe å snakke saman om felles praksis 4.30

Vedlegg 12

Matrise bakgrunnsdata

FOKUSGRUPPER	1	2	3	4
Tal på deltakarar	6	5	3	5
Fagroller	Teamleiar (idretts/pedagogisk utdanning) Fysioterapeut Idretts/pedagog Arbeidskonsulent Sjukepleiar Lege	Teamleiar (psyk. sjukepl.) Fysioterapeut Helse/treningssterapeut Sjukepleiar Psykiatrisk sjukepleiar	Fysioterapeut Psykolog Lege	Teamleiar (psyk.sjukepl.) Fysioterapeut Idretts-pedagog Arbeidskonsulent Psykolog
Fråverande ved fokusgruppa		Arbeidskonsulent (manglar bakgrunnsdata)	Manuell terapeut (manglar bakgrunnsdata)	Lege (har bakgrunnsdata)
Kvinner/menn	4/2	4/1	3/0	3/3
Alder	27-63 år	28-59 år	35-51 år	28-70 år
Ansiennitet i yrket	1.5- 35 år	3 – 22 år	10 – 21 år	2-40 år
Ansiennitet på denne arbeidsplassen	24 dagar – 17 år	1.5 mnd – 8 år	6-11 år	6 mnd- 9 år
Ansiennitet i dette teamet	24 dagar - 8 år	1.5 mnd – 8 år	5 - 6 år	6 mnd- 7 år
Teamtipeindeksskår	10-16	11-17	12-15	13-17
Teamtipe	inter/transprofesjonelt	inter/transprofesjonelt	inter/transprofesjonelt	inter/transprofesjonelt
Teamklimaindeksskår	32- 85	83-91	77-93	75-92
Teamnote pr veke	Dagleg	Vekentleg	Vekentleg	Dagleg
Andre forhold		Lege har ei perifer rolle, men har vekentlege møte med teamet	Fleksibel team-organisering, dvs. deltaking i fleire team	